

HAZIRLIK KOMİTESİ
VE
KONGRE İDARE HEYETİ

Dr. AÇAN Hamdi
Dr. AKÇAY Tahsin
Dr. AKKAYNAK Selâhattin
Dr. ARSAN Zeki
Dr. AYGÜN Süreyya
Dr. BAŞKÖK Cahit
Dr. BOZYAKALI Enver
Dr. DİNÇMAN Yalçın
Dr. DÜLGEROĞLU İsmail
Dr. ERTUĞ Celâl
Dr. ERZİN Niyazi
Dr. FIRATLI Tahsin
Dr. KARASU Nusret
Dr. MENEMENLİ Necdet
Dr. ÖGER Orhan
Dr. ÖZSAN Kemal
Dr. ŞANEL Fahir
Dr. SEVGİN Hayatî
Dr. TOKGÖZ Kemal
Dr. TUNGA Niyazi
Dr. URAK Galip
Dr. ÜNER Ragıp
Dr. VİDİNEL İlhan

İ Ç İ N D E K İ L E R

Sahife

BİRİNCİ CELSE :

Sıhhat ve İctimaî Muavenet Vekili Dr. Lütfi Kırdar'ın Kongreyi açış nutku	1 - 5
Kongre İdare Heyeti namına Dr. Nusret KARASU'nun açış konuşması	5 - 9

İKİNCİ CELSE :

Celse Konusu

TÜBERKÜLOZDA EV TEDAVİSİ VE AMBULATUAR TEDAVİ

Dispanser fişlerinin reviziyonundan alınan neticeler Tüberküloz mücadelesi ve ambulator tedavisi	11 - 15
Dr. Hüseyin Dedebaş	
Tüberküloz Antibiyotiklerle Ambulator tedavisi	15 - 17
Dr. Behzad K. Yeğen	
Ambulator Antibiyotik Tedavi ile salah gösteren vakalar	17 - 21
Dr. Behzad K. Yeğen	
Ambulator Antibiyotik tedavisinin tesir derecesi	21 - 26
Dr. Selâmi Işındağ	
Akciğer Tüberkülozunun Ambulator tedavisi hakkında	26 - 30
Dr. Nüzhet Ziyal	
Dr. Yaşar Günsal	

Ankara Veremle Savaş Dispanserlerinde 1957 - 1958 senelerinde 118 vak'ada ev ve Ambulatuvar tedavi neticeleri	30 - 36
--	---------

Dr. Nusret Karasu
Dr. Orhan Öger
Dr. Cahit Başkök
Dr. Hanri Nalbantoğlu
Dr. İlhan İlgin
Dr. Bahattin Çetin
Dr. Şükrü Bostancıoğlu

Tüberkülozda ev tedavisi ve Ambulatuvar tedavi	36 - 43
--	---------

Dr. Zülfü Sami Özgen
Dr. Haydar Aksüğü
Dr. Ali Galip Soylu
Dr. Moiz Berker

Türkiye'de verem mücadelesinin halihazır durumu nasıldır ?, Na- sıl olmalıdır ?	43 - 47
--	---------

Dr. Nemika Kileci Mürseloğlu
Dr. Ali Mustafa Akdemir

ÜÇÜNCÜ CELSE :

Celse Konusu

TÜBERKÜLOZDA EV TEDAVİSİ VE AMBULATUAR

TEDAVİ MÜNAKAŞASI

Münakaşa	47 - 60
----------------	---------

DÖRDÜNCÜ CELSE :

Panel Konusu

MEMLEKETİMİZDE TÜBERKÜLOZ MÜCADELESİ

NASIL OLMALIDIR ?

Panel münakaşası	61 - 73
------------------------	---------

BESİNCİ CELSE :

Celse Konusu

TÜBERKÜLOZ PATOLOJİ VE BAKTERİYOLOJİSİ

Antibiyotiklerin tesiri ile Tüberkülozun Anatomo-Patolojisinde dikkate değer değişimler	75 - 83
--	---------

Dr. Bedrettin Pars, Dr. Harika Engiz,
Dr. Moiz Berker, Dr. Ahmet Erbelger

1951 - 1958 yılları arasında - Ankara Veremle Savaş Derneği Hastanesinde görülen rezistans tahavvülleri hakkında	83 - 94
---	---------

Dr. Aral Gürsel
Dr. Ragıp Üner
Dr. Cengiz Ötek

Atatürk Sanatoryumunda tecrit edilen T. B. basillerinin vasatlar- daki üreme süreçleri ile ruhavemet olayları arasındaki mü- nasebetler hakkında incelemeler	94 - 97
--	---------

Dr. İrfi Ülgenalp

Tüberküloz bakteriyolojisinde virülans bakımından yenilikler	97 - 104
--	----------

Dr. Harika Engiz
Dr. Reşat Engiz

İsoniazide rezistan tüberküloz basillerinin epidemiyolojik ehem- miyeti	104 - 108
--	-----------

Dr. A. Hilmi Gürses

Mycobacterium Tuberculosis Suşlarının İsoniazidorezistans, KA- TALAZ ve Virulans arasındaki münasebetleri üzerinde bir araştırma	108 - 120
--	-----------

Dr. Aral Gürsel

Une étude sur la relation entre l'INH resistance l'activité Catala- sique et la virulence des souches de mycobacterium Tuber- culosis.	120 - 128
---	-----------

Dr. Aral Gürsel

Cortisone ve İsoniazide rezistan Tüberküloz basilleri	128 - 135
---	-----------

Dr. Orhan Öger

ALTINCI CELSE :

Celse Konusu

TÜBERKÜLOZ PATOLOJİSİ VE BAKTERİOLOJİSİ
KONUSUNDAKİ TEBLİĞLERİN MÜNAKAŞASI

Tüberküloz patoloji ve bakteriyolojisi konusundaki tebliğlerin
münakaşası 137 - 141

YEDİNCİ CELSE :

Celse Konusu

TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNİN BU GÜNKÜ DURUMU

Antibiyotik tedavinin Tüberküloz Semptomatolojisi üzerine te-
sirleri 143 - 145

Dr. Ali Necmi Bulutlar

Akciğer Tüberkülozunun aktuel problemleri 145 - 148

Dr. Abit Köymen, Dr. Ali Necmi Bulutlar

Tüberkülozda tıbbi tedavinin bugünkü durumu 148 - 155

Dr. Neşati Üster

Tüberküloz tedavisinin bugünkü durumu 155 - 161

Dr. Eşref Barkan

Derialtı PAS infüzyonları hakkında 161 - 162

Dr. A. Haydar Saatçi

Pulmoner ve Plevral Tüberkülozlarda Kortikosteroidlerden aldı-
ğımız neticeler 162 - 173

Dr. Rauf Özyürük, Dr. A. Haydar Saatçi

SEKİZİNCİ CELSE :

Celse Konusu

TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNİN BUGÜNKÜ DURUMU

Tecrübi kobay tüberkülozunda İod'un antibakteriyellerle birlikte
SM, PAS, INH ve münferiden tesirleri hakkında bir araş-

tırma 175 - 182

Dr. Aral Gürsel, Dr. Ragıp Üner, Dr. Hilmi Gürses

Akciğer Tüberkülozunun muhtelif klinik şekillerinde Antibakte-
riyel ilaçlarla kombine potassium iodore tedavisinden alınan
neticeler 182 - 189

Dr. Nurettin Karasu, Dr. Cengiz Özek

Cycloserine'in Akciğer Tüberkülozu tedavisindeki değeri 189 - 200

Dr. Haydar Aksüğü

Akciğer tüberkülozunda cycloserine tedavisi ile aldığımız

neticeler 200 - 203

Dr. Enver Bozyakalı, Dr. Tahsin Fıratlı

Cycloserine'in Tüberküloz tedavisinde değeri 203 - 210

Dr. Selâhattin Akkaynak

Pyrazinamide'in Tüberküloz tedavisinde değeri 210 - 217

Dr. Selâhattin Akkaynak

Akciğer Tüberkülozu tedavisinde Ackromycin Tetracycline'in
değeri 217 - 225

Dr. Neadet Menemenli

DOKUZUNCU CELSE :

Celse Konusu

TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNİN BUGÜNKÜ DURUMU

Kaviter akciğer tüberkülozu tedavisinde Pnömooperituvan'ın tesir
derecesi hakkında mukayeseli bir etüd 227 - 233

Dr. Tahsin Fıratlı, Dr. Fahri Köklü

Ekstra Periosteal Plombaj ve Lobektomilerden sonra akciğer Fonksiyonlarında husule gelen değişiklikler	233 - 245
Doç. Dr. Necdet Menemenli, Dr. John Workman	
Streptomycin kullanmakla husule gelen işitme kayıpları	245 - 247
Dr. Nusret Karasu, Dr. Şemsettin Kaya	
Gebelik ile ihtilât eden tüberküloz vakalarında tedavi	247 - 252
Dr. Ali İhsan Balım, Dr. Necdet Balcı	
Tüberkülozun medikal tedavi metodlarının değeri, bu metodlarla tedavide müessir nüks ve gayri müessir olanların nisbetleriyle bunlara tesir eden faktörler	252 - 266
Dr. Haydar Aksüğü	
Dr. Fehmi Akdağ	
Dr. Mustafa Karabatı	
Hali hazır tüberküloz tedavisinde nükslerin tetkiki	266 - 273
Dr. Abit Köymen	
Dr. Celâl Candiler	
Dr. Mustafa Denizmen	
Dr. Turgut Hedili	

ONUNCU CELSE :

Celse Konusu

**TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNİN BU GÜNKÜ DURUMU
HAKKINDA TEBLİĞLERİN MÜNAKAŞASI**

Münakaşalar	275 - 279
-------------------	-----------

ONBİRİNCİ CELSE :

Celse Konusu

KEMİK TÜBERKÜLOZU

Panel münakaşası	281 - 305
------------------------	-----------

ONİKİNCİ CELSE :

Celse Konusu

NON TÜBERKÜLOZ AKCİĞER HASTALIKLARI

Memleketimizde meslek bakımından Akciğer Kanserin durumu	309 - 314
Dr. Faruk Ertuğ	
Ereğli kömür havzasında kömür işçileri pnömokonyosis'i ve tüberkülozla münasebeti üzerinde bir araştırma	315 - 331
Dr. Celâl Ertuğ, Dr. Lütfü Gürbüz	
Silicosis'de akciğer fonksiyonu testleri	332 - 336
Dr. Selâhattin Akkaynak	

ONÜÇÜNCÜ CELSE :

Celse Konusu

Tebliğlerin münakaşası (Non Tüberküloz akciğer hastalıkları mevzuunda söz isteyen olmamıştır.)	337
--	-----

ONDÖRDÜNCÜ CELSE :

Celse Konusu

KİST NODATİK PULMONER

Panel münakaşası	341 - 373
------------------------	-----------

ONBEŞİNCİ CELSE :

Celse Konusu : Serbest tebliğler

Tüberküloz mücadelesinde B. C. G. nin yeri ve memleketimizdeki B. C. G. tatbikatı hakkında	375 - 378
Doç. Dr. Ragıp Üner, Dr. A. Hilmi Gürses	

Ağız yoluyla B. C. G. tatbikatından alınan neticeler.....	378 - 380
Dr. Behzad K. Yeğen	
ARLINDO DE ASSIS Metodu ile B. C. G. Aşısı ve Alerji	380 - 384
Dr. Hüseyin Dedebaş	
B. C. G. Aşısı Komplikasyonları ve tedavisi hakkında bir mütalâa ve bir kaç vaka	384 - 389
Dr. Selâhattin Yazıcıoğlu	
Türkiye B. C. G. kampanyasında Pre - Vaksınasyon Alerji Neticelerinin Epidemiojik değeri ve Post Vaksınasyon Alerji virajı	389 - 399
Dr. Hamdi Acan, Dr. Daver Özlüarda	
Türkiye B. C. G. Kampanyasına umumî bir bakış	399 - 405
Dr. Hamdi Acan, Dr. Daver Özlüarda	
Kuru B. C. G. Aşısı ile Mayı B. C. G. Aşısının mukayesesi hakkında bir çalışma	405 - 408
Dr. Hamdi Acan	
Ankara Veremle Savaş Derneği 1 ve 3 No. lu Dispanserleri 1950 - 1957 seneleri Ankara ilçeleri ve Ankara ili dışı açık Tüberkülozuların durumu	408 - 411
Dr. Nusret Karasu, Dr. Cahit Başkök,	
Dr. Orhan Öger	
Ankara Veremle Savaş Derneği Dispanserlerinde 1958 senesi Sigortalı işçiler taraması	411 - 415
Dr. Nusret Karasu	
Dr. Cahit Başkök	
Dr. Orhan Öger	
Dr. Hanri Nalbantoğlu	
Dr. Yalçın Dinçman	
Dr. Ali Eraslan	
Tüberkülozlu ve sağlam ailelerde çocuk ölümü nisbetleri	415 - 419
Dr. Nusret Karasu, Dr. Muzaffer Erkanan	

Ankara Veremle Savaş Dispanserlerinde ziyaret fonksiyonu ve aile enfeksiyonu neticeleri	419 - 426
---	-----------

Dr. Nusret Karasu
Dr. Bahattin Çetin
Dr. Cahit Başkök
Dr. Orhan Öger
Dr. Hanri Nalbantoğlu
Dr. İlhan Ügün

Sanatoryuma yatan hastaların sosyal durumlarıyla, hastalıkları arasındaki münasebetler	426 - 432
--	-----------

Dr. E. Bozyakalı, Dr. K. Fincancıoğlu

Atatürk Sanatoryumunda Rehabilitasyon ve readaptasyon çalışmalarları	432 - 435
--	-----------

Dr. Enver Bozyakalı

ONALTINCI CELSE :

Celse Konusu : Serbest tebliğler

Gripal enfeksiyonların Tüberküloz hastalığının ortaya çıkışında ve tedavisi üzerindeki tesirleri	441 - 442
--	-----------

Dr. Cevdet Erimoğlu
Dr. Ali Necmi Bulutlar

Antibiotik tedavinin Tüberküloz Semptomatolojisi üzerine tesirleri	442 - 446
--	-----------

Dr. Ali Necmi Bulutlar

Grip salgınından sonra görülen Non Tüberküloz Akciğer leziyonları	446 - 450
---	-----------

Dr. Ragıp Üner
Dr. Türkân Akyol, Dr. Orhan Öger

Tonsillektomilerde Tüberküloz nisbeti	450 - 457
---	-----------

Dr. Nusret Karasu, Dr. Bahattin Çetin
Dr. Muharrem Köksal, Dr. Aral Gürsel

Tecrübi kobay tüberkülozunda kortizonun antibakteriyellerle
(SM, PAS, INH) birlikte ve müferriden tesirleri 457 - 465

Dr. Aral Gürsel, Dr. Ragıp Üner.

Dr. Hilmi Gürses

Kâğıth Elektroforez Akciğer Tüberkülozundaki önemi 465 - 469

Dr. Mefkûre Çintan, Dr. Bülent Çintan

Atebrin ile Akciğer Tümörlerinin teşhisi 469 - 472

Dr. İsmet Ögdün

Orduda Tüberküloz mücadelesi 472 - 476

Dr. Tefrik Güner

Mediyastinal Dermoid Kist. 476 - 481

Dr. Necdet Menemenli

Tüberküloz kliniği personelinde ve klinik eşyasında tüberküloz
basili aranması 481 - 482

Dr. İlhan Vidinel

Akciğer kanseriyle müşterek akciğer tüberkülozu vakası 482 - 485

Dr. Nusret Karasu, Dr. Bahattin Çetin

Dr. İlhan Vidinel, Dr. İrfan Kayaalp

ONYEDİNCİ CELSE :

Celse Konusu : Serbest tebliğler

Enteresan bir Tiroid Tümörü vakası 487 - 491

Dr. Nusret Karasu, Dr. Mesude Yücel

Dr. İlhan Vidinel, Dr. Nora Daryavuz

Parapleji Potik'de Antero - Lateral Dekompression ameliyat
neticeleri 491 - 495

Dr. Orhan Aslanoglu

Ampiyemde Tıbbi (Muhafazakâr) tedaviden alınan sonuçlar ... 495 - 503

Dr. A. İhsan Balım, Dr. Necdet Balcı

Spontan Peneumothorax neticesi salah bulmuş bir astma Bron-
chial vakası 503 - 504

Dr. Mustafa Yaylalı

Bronşun endojen ve ekzojen cisimlerine ait vakalar 504 - 513

Dr. Mustafa Kemal Gavazoglu

Klinik ve Dispanserlerimizde Thorax anomalileri nisbeti 513 - 518

Dr. Nusret Karasu, Dr. Ramiz Uzunhasanoğlu

Dr. Bahattin Çetin

Göğüs hastalıklarında Trakea Deformasyonları 518 - 523

Dr. Nusret Karasu, Dr. Nora Daryavuz

Ventilatuar akciğer fonksiyon testleri ve değerleri 523 - 526

Dr. Selâhattin Alkaynak

Memleketimizde Verem Rehabilitasyon merkezleri nasıl kurul-
malıdır ? 526 - 532

Dr. Zülfü Sami Özgen

Tüberküloz mikrobiolojisinde bazı yenilikler 532 - 544

Dr. Nurettin Onur

Veremli bakılan müessesede personelinde tüberküloz
araştırması 544 - 553

Dr. Ragıp Üner, Dr. Cengiz Özek

ONSEKİZİNCİ CELSE :

Celse Konusu : Kapanış celsesi

KAPANIŞ 555

BİRİNCİ CELSE

Celse Başkanları : Dr. Tevfik SAĞLAM — Dr. Tevfik İsmail GÖKÇE

Celse Kâtipleri : Dr. Türkân AKYOL — Dr. Bahattin ÇETİN

SAĞLIK VE İÇTİMAİ MUAVENET VEKİLİ Dr. LÜTFİ KIRDAR'IN KONGREYİ AÇIŞ NUTKU

«IV üncü Tüberküloz Kongresinin Muhterem Azası,

Tüberküloz mücadelesinin nekadar mühim bir dâva olduğunu gayet iyi takdir buyurursunuz. Yine yakından takdir edersiniz ki verem, dünyanın birçok memleketlerinde sıkıntı ve ızdırıp yaratan ve kendisiyle dünya ölçüsünde mücadele edilmekte olan içtimai âfetlerden biridir.

Bizden önce bu savaş sahasına atılmış olan bazı ileri milletler veremin tahribatını ortadan kaldırmış, musabiyet ve ölüm nisbetlerini bugün asgarî hadde indirmek saadetine ulaşmışlardır.

Biz de bu saadete erişmek için bütün kuvvetimizle çalışıyoruz. Mesaimize, bir dakika bile ara vermeden, hergün daha müteyazit bir gayretle muvaffakiyete vasil oluncaya kadar devam azmindeyiz. Uzun zaman geri kalmış memleketlerde tüberküloz gibi bir âfetle mücadele etmenin zorluklarını hiçbir zaman gözden uzak tutmamak lâzımdır. Bunun için milletçe ve Hükümetçe elele vererek büyük bir tesanüt ve ahenk içinde her türlü maddî ve manevî imkânlardan faydalanarak bu mücadeleyi ciddiyetle yürütmek lâzım geldiğini takdir etmekteyiz.

Bugün için maddî imkânlarımız biraz noksan olabilir fakat bu noksanlık hiçbir zaman azmimize hâlel verecek bir sebep teşkil etmemelidir ve etmeyecektir. Çünkü büyük milletimizin, aşağı, yukarı, her ferdinin veremin zararlarını öğrenmiş, onun önüne geçmek için icabeden tedbirlerin alınmasında elden gelen fedakârlığı yapmaktan çekinmeyecek bir duruma gelmiş bulunduğuna inanıyoruz.

Memlekette vatandaşların anlayış ve yardımlarıyla kurulmakta olan Verem Savaşı Derneklerinin günden güne çoğalarak bütün memlekete yayılmakta olması, bu derneklerin tesis ettikleri dispanser, hastahane, sanatoryum gibi müesseselerin günden güne ziyadeleşip tekâmül etmesi, iktisadî devlet teşekkülleri ile diğer alâkalı teşekküllerin verem mücadelesindeki mesaiye, büyük bir gayretle, iştirâkleri bugün artık bu savaşa bütün milletçe katılmış olduğumuzu büyük bir sarahatle göstermektedir. Buna pek ziyade memnun olmamız ve bu işbirliğini hergün biraz daha genişletmemiz icabeder.

Şimdi huzurunuzda bana söz söylemek şerefini vermiş olduğunuz yüksek kongreniz gibi kongrelerin yurdumuzda sık sık toplanması, ilim adamlarımızın verem dâvasındaki kıymetli fikirlerinden istifade edilmesine çalışılması, verem savaşına milletçe verdiğimiz ehemmiyetin ayrı ve bariz bir delilidir.

Vatandaşın sağlık ve saadatinin temini vazifesini omuzlarına almış olan Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti, verem savaşını muntazam ve ciddi bir programla deruhte etmiş bulunmaktadır. Her yıl mevcut imkânlardan faydalanarak, verem savaşını hızlandırmak, verem tesislerini fazlalastırmak için büyük bir gayret göstermekteyiz.

Verem savaşının korunma, tecrit, tedavi, sosyal yardım ve rehabilitasyon gibi muhtelif safhalarında son yıllarda vasil olduğumuz neticeler az değildir. Bunlar verem savaşında kıymetli merhaleler teşkil etmektedirler. Bildiğiniz veçhile bütün memleket ölçüsünde şâmil birinci kütlevî aşısı tatbikatımız sona ermek üzeredir. Bu tatbikat esnasında (on dokuz milyon) vatandaşı kontrolden geçirmiş ve bunlardan (yedi buçuk milyon) kişiyi aşılamış bulunuyoruz. Bunun ehemmiyetini takdir edersiniz. Bu tatbikat bundan sonraki yıllarda, bütün dispanserlerin de iştirâkiyle, ikinci bir hamle şeklinde devam edip gidecektir.

İleri memleketlerde alınan fiilî neticelere ve ilim adamlarımızla mütehassıslarımızın bu yoldaki kanaat ve mütalâalarına dayanarak B.C.G. verem aşısına güveniyoruz. Bu aşidan büyük faydalar elde ettiğimize ve bundan sonra da elde etmekte devam edeceğimize kani bulunuyoruz.

Bugün 65 vilâyetimizde verem mücadele dispanserlerimiz vardır. Bunların haricinde Dernekler tarafından vücuda getirilmiş (39) dispanserle birlikte bunların sayısı (114) e vasil olmuştur.

Bu yıl Sıhhat Vekâletine ait verem yataklarını, mevcut imkânlarımızla, (9,000) e çıkarmağa muvaffak olduk. Diğer teşekküllerle birlikte şimdi (11,000) verem yatağımız mevcuttur.

Yurdumuzdaki veremli vatandaşların yataklı müesseselerde tedavilerinin temini ve köylerde yaşayan halkımızın hastane tedavisine kavuşmalarını sağlamak maksadiyle mevcut verem yataklarımızı az zamanda (20,000) e çıkarmak kararmdayız.

Şimdilik (9) tane rehabilitasyon merkezi kurmuş bulunuyoruz. Bunların sayılarını ziyadeleştirmek, daha geniş, daha verimli bir hale gelmelerini temin etmek istiyoruz.

Verem haftalarından ve daha başka fırsat ve münasebetlerden istifade ederek radyolar, gazeteler, dergiler ve konferanslarla verem probleminde halk sağlık eğitimini genişletmek için çalışıyoruz.

Verem dâvasını daha büyük bir enerji ile, daha geniş bir şekilde ele alabilmek için Sıhhat Vekâleti bünyesinde ayrıca bir (Verem Savaşı Umum Müdürlüğü) ihdas etmeğe karar verdik. Bu yolda bir kanun tasarısı hazırlamış bulunmaktayız. Bu tasarı kanunlaşınca verem âfetine karşı açtığımız mücadele daha esash bir şekil almış olacaktır.

Muhterem arkadaşlarım,

IV üncü Tüberküloz Kongresi'nde konuşulacak olan Verem dâvamız âzerinde ilim ve ihtisas sahibi arkadaşlarımızın ileri sürecekları kıymetli fikir ve ve mütalâalar bizi fevkalâde alâkadar ve müstefit edecektir. İlimin bugünkü terakki ve inkişafından alacağımız kudret, verem savaşındaki azmimizi bir kat daha artırmış ve kuvvetlendirmiş olacaktır.

Kongreye başarılar dilerim. Memleketimize hayırlı ve uğurlu neticeler getirmesini temenni ederek hepinizi sevgi ve saygı ile selâmlarım.

Sıhhat Vekilinin Kongreyi açış nutkunu müteakip kongreye şeref vermiş bulunan Türkiye Büyük Millet Meclisi Reisi Refik Koraltan kürsüye gelerek bir konuşma yapmış ve ezcümle şöyle demiştir:

«Memleketin sağlık sahasında başlı başına rolü olan bir teşekkülün kongresinde bulunmak ve bu salondaki güzidelere hitap etmek, yüksek bir ilim heyetinin huzurunda Tıp sahasında konuşmak kolay bir iş değildir. Ben mevzuun ilmi tarafını değil, sadece memleket sahasındaki hizmetin azametini arza çalışacağım.

Hataya taallük eden vatan mevzuları ele alındıktan sonra bu mevzular güzide bir kütlenin elinde büyük eserler vermektedirler. Bünyemi zi kemiren verem âfetini ortadan kaldırmak için çok büyük işler yapılmakta olduğunu kanaatım vardır.

Sağlık Vekilinin nutkundan yedi buçuk milyon vatandaşa verem aşısı yapıldığını öğrendim. Bu çok büyük bir muvaffakiyettir. Bu aşının vatandaşları verem afetinden koruyup kurtarmakta olması memleket sağlığına pek faydalı neticeler getirecektir.

İsmi gibi kendisinde sağlam olan Dr. Tefvik Sağlam Paşayı yakından tanır ve takdir ederim, kendisi ilim ve irfan yolunda ve bu uğurda çok çalışmıştır. Bu gün gördüğümüz bu ilim heyeti onun eseridir. Ne mutlu o insanaki hayatında böyle büyük eserler yaratabilmiştir.

Çok muhterem Sağlık Vekilimizin kıymetli beyanları arasında ruhu asır evvel bu hayırlı için yirmibeş yatakla başlamış olduğunu öğrendim. Bugün verem dâvası devletin meşkur faaliyetleri arasınada almarak kısa zamanda verem yatak sayısı hususi teşebbüslerle birlikte 11000 i bulmuştur.

İnsanlığı bir ejderha gibi kemiren Verem afeti mevzuunda devletin yakın alâkası ve sizler gibi bütün gününü ve vaktini bu afete karşı koymakla geçiren ilim adamlarının çalışmaları sayesinde daha semereli neticeler elde edeceğimizden asla şüphe edilemez.

Bu tarihi kongre işte bu parlak istikbali müjdelemek için toplanmıştır.

Kongrenizde cereyan edecek ilmi müzakerelerin ve bunlardan elde edilecek neticelerin tababetimiz ve vatandaşlarımız için pek hayırlı olacağına inanmış bulunuyoruz. Kongremize başarılar diler, güzide heyetinizi saygı ile selâmlarım.»



KONGRE İDARE HEYETİ ADINA Dr. NUSRET KARASU' NUN AÇILIŞ KONUŞMASI

Dördüncü Türk Tüberküloz Kongresinin muhterem âzaları

IV. Türk Tüberküloz Kongresi bu açılış merasimini müteakip esas çalışmalarına başlayacaktır. Hepinizi hazırlık komitesi ve idare kurulu adına hürmetle selâmlarım.

Bir Türk Tüberküloz Kongresi fikri İstanbul'da toplanmış bulunan XII inci Millî Türk Tıp Kongresinin konuları arasında büyük miktarda ve bu adedi nisbetin yanında iyi kalitede birçok tüberküloz mevzuunun yer ayrılmış bulunmasından doğmuş ve bu fikir ilk defa Ulusal Verem Savaş Derneği Yönetim Kurulunda Hocam Ordinaryüz Profesör Tefvik Sağlam Paşa tarafında nortaya atılmıştır.

Birinci Türk Tüberküloz Kongresinin Millî Türk Tıp Kongresinin 6 ay sonra yapılmış olmasına rağmen bu fikrin isabeti Kongreye gelen mevzuların kalite ve adedinden meydana çıkmıştır. O zamandan beri iki yılda bir kere Türk Tüberküloz Kongrelerinin bir defa İstanbul'da bir defa Ankara'da yapılması mutad hale gelmiş ve Şubat ayı içersinde toplanılması da muhtelif yönlerden faydalı görülmüştür.

IV. üçü Kongremizin bir hususiyeti toplantının ilk defa bir sıhhi müessese içinde yapmağa teşebbüs edilmesinde olmuştur. Bu güne kadar kongrelerimizin bir sıhhi müessese içinde yapılmayışının sebepleri muhtelifdir. Bunlar arasında Tıp Fakültelerimizin merkezi bir yerde olmayışı ve merkezi yerde bulunan sıhhi tesislerimizde de bir kongre yapılmasına yetecek vüs'atte toplantı mahalli bulunmayışı başta gelmekte idi.

Ankara Hastahanesinin imkânları ve ona mülhak bulunan hemşire okulunun mükemmel bir tedris müessesesinin teşkilât ve tesisatını ihtiva etmesi bu fikrin realize olmasına sebep olmuştur.

Fikirlerimizin Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâletimizce olduğu kadar Hastahane ve Hemşire Okulu idaresince de mazharı tasvip olmasın-

dan duyduğumuz kıvançlı teşekkürlerimle yüksek huzurunuzda arz ederim.

Bu kararların verilmesinden ve ilânından sonra Hastahane yollarında yapılan tadil ve tamirler sebebiyle kongre azamızın bazı sıkıntılara katlanacağından dolayı özür dilerim. Fakat tesbit edilmiş bir kararın tatbikatından dönmemize imkân kalmadığını kabul edeceğimizde eminim. Hastahane'nin yolu mevsim imkânları içersinde ve Vekâletimizle, Kongre İdare Kurulunun müracaatı üzerine Muhterem Valimizce ancak bu gün görebildiğiniz hale getirilebilmiştir. Bu küçük özürün mazur görüleceğine Hastahane ve Okul idarelerinin müşterek alâka ve nazik misafirperverliklerinin bu mahzuru unutturacağına eminim.

IV. üçüncü Kongremizin Tüberkülozun Medikal ve Sosyal konuları arasında Tüberkülozda ev tedavisi ve ambulâtuvar tedavi, Tüberküloz Patolojisi ve bakteriyolojisinde yenilikler, Tüberküloz tedavisinin bu günkü durumu mevzuları yer almıştır.

Ayrıca Tüberküloz hakkında iki panel toplantısından birisi Memleketimizde Tüberküloz mücadelesi nasıl olmalıdır? ve Kemik Tüberkülozu mevzularına ayrılmıştır. Bütün Dünyadaki Kongrelerde gittikçe daha büyük bir revaca mazhar bulunan Panel toplantıları memleketimizde bu güne kadar bazı tıbbî toplantılarda tecrübe edilmiş bulunmakla beraber bu suretle Türkiyede ilk defa bir kongrede yani bu Kongremizde yapılacaktır.

Non Tüberküloz Akciğer hastalıkları mevzuunda da tebliğler mevcuttur. Buna Mediko Sosyal ve çok ehemmiyetli bir mevzuu olmak üzere Akciğer Kist Hidatiği panel Toplantısı ilâve edilmiştir. Bu mevzuun Tüberküloz gibi, Muhterem Kongre azası kadar bütün memleketi ilgilendirecek bir konu olduğuna inanarak idare kurulunuz kongre gündemine almıştır.

Kongremizde serbest tebliğlere 3 sekiyon ayrılmasına zaruret hasıl olmuştur.

A Seksiyonu : Yine bu salondadır. Bu sekiyonda bilhassa B.C.C. ve Depistaj, Ziyaretçi Hemsirelik, Tüberkülozda Sosyal çalışmalar ve Rehabilitasyon mevzuundaki tebliğler yer almıştır.

B Seksiyonu : Hemsire Okuluna ait Anfidedir. Burada Tüberkülozla ilgili olan ve olmayan özel çalışmalara ait konular tebliğ edilecektir.

C Seksiyonu : Baştabib odası karşısındaki kitaphk tahsis edilmiştir. Burada da çok enteresan çalışmalar ve çok nadir vak'alara ait tebliğler mevcuttur.

Bu sene Kongremize gönderilmiş bulunan tebliğlerin adedi 75 dir. 3 panel toplantısı bu adetten harihtir.

Türk Tüberküloz Kongreleri Ulusal Verem Savaş Derneğinin Yıllık Kongrelerini müteakip yapılmaktadır. Bu suretle Ulusal Verem Savaş Derneğinin Kongresine delege olarak katılmış bulunan Tıp mesleği mensuplarının Kongremizden istifadesi sağlanmış, Kongrede bilhassa Sosyal mevzuların ön plânda tebliğ edilmesi sebebiyle ilgili Vekâlet mensuplarının olduğu kadar Ulusal Verem Savaş Derneği Kongresine katılan ve tabip olmayan delegelerin ilgilenecekleri mevzuları takip etmeleri imkânı hasıl olmuş bulunmaktadır.

Malûmualinizdirki, Türk Tüberküloz Kongreleri Türk Tüberküloz Cemiyeti tarafından yapılmakta Ulusal Verem Savaş Derneği tarafından finanse edilmekte Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâletince de himaye edilmektedir.

Her iki Cemiyetin mensubu ve azası bulunmakla beraber Ankara'daki İdare Kurulu arkadaşlarım adına bu cemiyetlerin şahıslarımıza gösterdikleri teveccühe teşekkür etmek isterim. Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâletimizin Kongreden kongreye artmakta olan ilgisini şükranla anar Vekilimize ve müsteşarımıza, müsteşar muavinlerimize, Tıbbî İstatistik ve propaganda Umum Müdürlüğü ile Hıfzassıhha Umum Müdürlüğü vesair Vekâlet mensuplarına büyük yardım ve alâkaları sebebiyle yüksek huzurunuzda teşekkür ederim.

Ankara Hastahanesinin ve Hemsire Okulunun bütün imkânlarını Kongrenin yararına hasreden İdarecilerine ve bilhassa Hastahane Baştabibi Zeki Arsan'a teşekkürlerimizi sunarım.

Her sene yapılması müad bulunan ilâç, alet, kitap sergilerini bu sene pek kısa bir şekilde yapmak zaruretinde kaldık. Bunun esas sebepleri arasında Eylül 1958 ayı içinde XV inci Millî Türk Tıp Kongresinin Ankara'da toplanmış bulunması ve yine Eylül 1959 ayı içinde İstanbul'da Enternasyonal Tüberküloz Kongresinin yapılacağını bilmesidir. Birçok firmalar imkânlarını ya Eylül'de sarfetmişler veya Enternasyonal Tüberküloz Kongresi için tasarruf etmek lüzumunu hissetmişlerdir.

Buna rağmen TEGE firması münakaşalarda kullanacağımız kâğıtları bastırmak ve Eczacıbaşı ile İbrahim Ethem Firmaları'nda Kongre azasına plâstik birer çanta göndermek suretile yardımlar sağlamışlardır. Kendilerine teşekkür ederiz. Ancak Squibb firmasının tıbbî film göstermek ve bu stand yapmak hususundaki teşebbüsleri neticelenmiştir. İlgilerine çok müteşekkirimiz.

İmkânları mahdud bulunan Verem Savaş Derneklerinin'de Sergiye iştirâkleri kâbil olamamıştır. Atatürk Sanatoryumunda, Heybeli Ada Sanatoryumunda, Yedikule hastahanesinde Şişli ve Ankara V.S. Derneği ile Yardım Sevenler Derneği Rehabilitasyon tesislerinde hazırlanmış bulunan kıymetli çalışma mahsulleri gözlerinize ve gönüllerinize mutad ferahlığı verecektir. Sayın Baştabib Enver Bozyakalı, Zülfü Sami Özgen, Zühtü Erman ve Dr. Mediha Eldan ve As. Sorgal İsmet Çeka arkadaşlarımızın ve mesai arkadaşlarının çalışma mahsulü olan bu eserler günden güne ve seneden seneye hepimize iftihar vesilesi olmaktadır.

Başarı dileklerimizle iştirâklerinden dolayı şükranlarımızı sunarız.

Kongreye tebliğ ile iştirâk buyuran meslekdaşlarımızın da özetleri zamanında göndermek suretile tebliğ özetleri kitabımızın vaktinde basılmasına yardımları olmuştur.

Kendilerinin yazılarını cevapsız bırakmamağa ve taleplerini azami derecede is'afa çalışmış olmakla beraber Kongrelerimizin henüz bu hususta kâfi derecede imkânlarla sahip bulunmadığı da muhakkaktır. Bu suretle bazı noksanlardan, kusur ve teahhürlerimizden dolayı özür dilemek yerinde olur.

Ankara Belediyesinin Muhterem Başkanı Ankara Valisi Dilâver Argun Beyefendiye teşekkürlerimi huzurunuzda hususi olarak arz etmek isterim. Kendileri ellerinde mevcut imkânlarla bütün yardımları sağlamışlardır. Tabibleri seven ve hekimliğe inanan bir şahıs olarak kendisinden daima müzaharet gördüğümüze ve göreceğimize eminim.

Kongremizi müteakip 18. Şubat çarşamba günü bu salonda Türkiye Göğüs hastalıkları mütehassısları Cemiyetinin ilk Genel Kurul toplantısı ile birlikte Astma ve Cor Pulmonale hakkında 2 panel toplantısı yapılacaktır. Bu 2 panel toplantısı ile ilgileneceğinizi ve lütfen teşrif buyararak kıymetli fikirlerinizden bizleri de faydalandıracağınızı, ümit ediyoruz.

Üç kongrenin yüklü programı ayrı bir **Excursion** programı yapmamıza engel olmuştur. Buna rağmen arzu buyuran meslekdaşlarımızın bu husustaki arzularını emir telâkki edeceğiz.

Ankara Tiyatrolarında güçlkle temin ettiğimiz mahdud biletler kongre azamının arzularına hazırdır. Bu hususta müracaattan gerekli malûmatı alarak biletleri tedarik edebilirler.

Hepinizi tekrar hürmetle selâmlar kongre idâre kurulu adına kongreye başarılar dilerim.

—oOo—

Konu : Tüberkülozda Ev Tedavisi ve Ambulâtuvar Tedavi

İKİNCİ CELSE

Celse Başkanları : Dr. Celâl ERTUĞ

Celse Kâtipleri : Dr. Recai SOMER — Dr. İnci DOĞRU

DISPANSER FİŞLERİNİN REVİZYONUNDAN ALINAN NETİCELER, TÜBERKÜLOZ MÜCADELESİ VE AMBULÂTUVAR TEDAVİ

Dr. Hüseyin DEDEBAŞ *

Tüberküloz mücadelesi nasıl olmalıdır? Tüberküloz ev tedavisinden ve ambulâtuvar tedaviden ne gibi neticeler alınabilir? İşte bu iki soruya cevap ararken dispanserlerle hastalar münasebetini ortaya koyacak bir çalışma yapmağı uygun buldum.

Şehirlerin kendilerine göre hususiyetleri olduğu gibi her bir dispanserinde kendisine göre özellikleri olacağı tabiidir. Bu faktörler ve daha bir çokları, meselâ dispanser personelinin hastalara alâkası, dispanserin çalışma imkânları hepsi benim bu çalışmamdan çıkaracağım neticelere tesir edecektir. Onun için bu şekil travayların çoğalması yukarıdaki aktüel iki sorunun cevaplandırılmasına hem doğru bir veche verir hemde kolaylaştırır kanaatindeyim.

Travayı hazırlarken literatür karıştırmam ve me haz aramam tabii idi. Fakat aynı gaye için çalışılmamış olmakla beraber üçüncü Türk Tüberküloz Kongresinde Ankara Verem Savaş Derneği Çalışmaları olarak C. Başkök ve arkadaşlarının travaylarından başka bir literatür bulamadım. Her hangi bir meslektaşımın benimkine benzer daha evvel yapmış bir çalışması varsa kendilerinden özür diliyorum.

İ.V.S.D. Şişli Verem Dispanseri 1952 senesinde açılmıştır. 1952 senesi bağından 1957 senesi sonuna kadar dispanserimize müracaat etmiş,

* İ. V. S. D. Şişli Verem Dispanseri Başhekim

açık, faal ve kapalı akciğer tüberkülozu (A₁, A₂, A₃) tesbit edilmiş şahısların fişleri bir bir tetkik edilmiştir. Bizdeki medikal fişlerde hasta-görülen bu eşhas ya mektupla veya sosyal hemşire tarafından dispansere 1957 haziranından itibaren peyderpey dâvet edilmiştir. Açık tüberkülozuların dâveti çok zaman mükerrer yapılmıştır. Dâvete icabet eden hastaların klinik, radyolojik ve lâboratuvar müayeneleri lâzım olduğu şekilde tekrarlanmıştır.

Bizde fişleri olan 63 açık, 9 faal ve 148 kapalı tüberkülozlu ceman 220 vak'a muntazaman dispansere gelip kontrollerini yaptırdıkları için, 27 hastanın ise sarıh adresleri olmadığından veya şehir dışı oturduklarından dâvet edilmemişlerdir.

Dâvet ettiğimiz 985 hastayı 6 ayrı paragrafta mütekele etmek mümkün oldu :

1 — Cinslerine göre bir tasnif yaptık :

Erkek	Kadın	Çocuk
386	225	374

2 — Lezyonun akciğerlerdeki yayılış tarzına göre tasnif yaptık :

Sağda Tbc	Solda Tbc	İki taraflı Tbc	Adenopati ve primocenfleksiyon	plörezi
294	172...	190	254	75

3 — Hastalardaki lezyonların evölüsyonuna göre tasnif yaptık :

Açık Tbc (A ₁)	Evolütif (A ₂)	Kapalı (A ₃)	İyileşmiş (B ₁)
172	13	759	41

4 — Hastaların ne kadar zaman takip edildiğini göz önünde tutarak bir tasnif yaptık :

1 defa muayene olan	6 ay <	1 sene <	2 sene <	2 sene >
512	93	140	92	148

5 — Revizyona tabi tuttuğumuz 980 hastaya 1065 mektup yazılmış ve 124 sosyal servis yapılmıştır. Sosyal servis yapılan 124 hastadan 10'u dâvete icabet etmiş 19'u gelmemiş ve 95'inin ise evi bulunamamıştır. Mütebaki 861 hastaya bazı defa mükerrer olmak üzere 1065 mektup yazıl-

mıştır. Bu hastalardan 155'i davete icabet etmiş, 179 mektup P.T.T. tarafından iade edilmiş ve 731 mektup neticesiz kalmıştır.

6 — Dâvete icabet eden hastaların evvelki durumları ile son durumları mukayese edildiğinde; 4 - A guruplu hastanın B₁ olduğu ve nihayet 33 hastanın eski hallerini muhafaza ettikleri görülmüştür.

Yukarıda 6 paragrafta hülâsa yapılan çalışmada bazı hususların izah edilmesi ve neticeler çıkarılması uygun olacaktır.

Birinci paragrafta çocuk tüberkülozunun kâhil tüberkülozuna nisbetle daha çok olduğu görülmektedir. Buna sebep, dispanserimizde okul çağındaki çocuklara geniş çapta skopi ile depistaj yapılması gösterilebilir. Eğer depistaj faaliyeti başka topluluklarda yapılacak olursa o zaman bu nisbetin tamamen değişmiş olması muhtemeldir.

İkinci paragrafta primer - enfeksiyon ve adenopati teşhisinin diğerlerine göre daha fazla nisbette olması aynı birinci paragraftaki izah tarzına uymaktadır. Erken depistajı yapılan çocuklarda açık tüberkülozun hiç bulunmaması dispanserlerde birer apidemioloji servisinin ne kadar lüzumlu olduğuna bir delildir kanaatindeyim. Onun için dispanserlere birer mikrofiliim aparatı temin edilmelidir. Ancak bu şekilde bir çalışma tüberküloz mücadelesini çok daha tesirli kılacaktır. Erken depistaj daha ileri götürülemediği takdirde gerek ayaktan ve gerek müessesede yapılan tedavilerin daha güç, daha uzun, daha masraflı ve daha semeresiz olacağı bedihidir.

Üçüncü paragrafın tetkiki ise, açık tüberkülozun kapalı tüberküloza nazaran küçümsenemeyecek kadar büyük bir nispet gösterdiğini meydana koyuyor. Epidemiyoloji servislerinin depistaj istatistiklerinde bu nispet çok düşüktür. Nitekim Dünya Sağlık Teşkilatı edipemiyoloji servisinde yaptığımız ve ikinci Türk Tüberküloz Kongresinde tebliğ ettiğimiz yazımızda basilifer nispetinin % 02,5 olarak bulduğumuzu bildirmiş-tik. Bu nispet bütün topluluklardaki nispet idi, okullarda ise bunun daha düşük olduğunu (% 00,5) gene aynı tebliğde yazmıştık. Buradan istitlal edilebilecek netice, bu gün için tüberküloz mücadelesinde dispanserlerin rollerinin ne kadar mühim olduğudur.

Dördüncü paragrafın tetkiki ise, hastaların dispanserimize alakasının oldukça düşük olduğunu gösteriyor. Nitekim hasta olarak müracaat eden veya tarafımızdan depiste edilen hastaların yarısından fazlası dispanserce ancak bir defa muayene edilebilmiştir. Buna bir sebep tagradan gelen hastaların muayene olabilmek için bölge dahilinde yalan yanlış bir adres göstermeleri zikredilebilir. Aynı mülehaza şehrimiz hastaları içinde ileri sürülebilir. Zira bir hastanın bir kaç dispanserde kayıt-

lı olması her gün görülebilen olaydır. Daha mühim bir sebepte, dispansere kayıtlı hastaların bir çoğunun dispansere gelmemeleri ve sonradan yazı veya sosyal servisle vaki olan dâvetlere icabet etmemeleri hastalık hakkında kafi derecede bilgi sahibi olmadıklarını ve tedaviye önem vermediklerini göstermektedir. Buda sıkı bir sağlık eğitimi ve propoganda lüzumuna bir delildir kanaatindeyim.

Beşinci pragrafın tetkiki ve dördüncü paragraftaki mülâhazalarımızı teyid eder mahiyettedir. Zira 124 Sosyal Servisten 114 ünde ve 1065 mektuptanda 910 da istenilen netice alınmamıştır.

Dördüncü ve beşinci paragraflardan çıkarılacak bir neticede ev tedavisinin bizde arzu edilen sonuçları vermiyeceğine delildir zannederim.

Altıncı paragrafın tetkikinde ise dâvete icabe eden hastaların dörtte üçünde şifa olduğu görülür ki bu oldukça güzel bir neticedir. Fakat dâvetlerimize cevap vermeyen pek çok hastamız olduğundan bu istatistik tüberkülozdan iyileşme nispeti hakkında bir fikir vermekten uzaktır.

Netice olarak, bu şekilde çalışmalar çoğaldığı takdirde, memleketimizde tüberküloz mücadelesine veçhe verenlere yardım edilmiş olunacaktır kanaatindeyim.

Hülâsa :

İ. V. S. D. Şişli Verem Dispanserinin açıldığı 1952 senesinden 1957 senesi sonuna kadar hasta bulunmuş tüberkülozların fişleri elden geçirilmiş, bunların hepsi dispansere tekrar dâvet edilerek tetkik edilmiştir.

Bu tetkik neticesinde :

- 1 — Hastaların dispansere alâkasının düşük olduğu
- 2 — Açık tüberkülozun dispanserdeki nisbetinin yüksek olduğu
- 3 — Depistaj faaliyeti okullarda yapıldığı için çocuk tüberkülozunun kâhil tüberküloza nazaran daha çok olduğu
- 4 — Dâvete icabet eden hastaların hemen hepsinin iyileşmiş olduğu görülmüştür.

—oOo—

TÜBERKÜLOZ ANTİBİYOTİKLERİLE AMBULATUAR TEDAVİSİ

Dr. Behzad K. YEGEN

Bu yazıda 1950 senesinden 1956 senesine kadar Dispanserimizde tedavi gören 1283 hasta arasından yalnız ambulator olarak antibiyotik tedaviye tabi tutululardan geliş güzel seçilen 32 vakadan elde edilen neticeler bildirilmekte olup bunlardan ancak % 60 ında başarılı sayılabilecek neticeler elde edildiği arz edilmektedir.

Bu neticeler hakkında henüz son sözü söylemenin zamanı değildir, zira umumiyetle tedavinin üzerinden asgarî 5 sene geçmesi lâzımdır. Biz de buna uyarak vakaların çoğunda beş seneyi doldurmuş bulunuyorsak ta, kanaatimca bunların daha uzunca bir zaman takip edilmeleri daha doğru olacaktır. İlişik listede vakaların her biri hakkında ayrı ayrı ve kısa malûmat verilmiştir. Bu vakaların incelenmesinde, ve iyilik gösterenler arasındaki nispetin böyle düşük olmasının sebeplerini edindiğimiz tecrübe ile müşahedelerimize dayanarak hülâsa etmek gerekirse aşağıdaki noktaları zikredebiliriz :-

1) Her zaman arzu edilen ve en doğru antibiyotik kombinezonunu yapabilmek imkânları bulunamamaktadır. Bu da ya o zamanki ilaç fiyatından ve yahutta hastaların bu husustaki öğütlerimize uyamamalarından ileri gelmektedir.

2) Elde ettiğimiz iyi neticelerin büyük bir kısmı bizzat dispanser tarafından yapılabilen antibiyotik yardımı sayesinde olmuştur. Bu yardım ise İstanbul Verem Savaşı Derneğinin temin ederek kütümsenemeyecek miktarlarda ve bütün dispanserlere dağıttığı ilaçlarla yapılabilmektedir.

3) Tedavilerini muntazam yaptıranlarda antibiyotiklerle iyi neticeler alınır.

4) Hattâ bugün kabul edilen optimum dozun altında bile alınsa muntazam alınan antibiyotiklerle iyi neticeler almak mümkün olmaktadır.

5) Diğer taraftan geliş güzel alındığı zaman fazla miktarlarda da alınsa bu tesir zail oluyor, yani tedaviden hastalık üzerinde arzulan neticeler alınmıyor.

6) Bu da gösteriyor ki tedavi ile birlikte bakım ve istirahatın rolü de büyüktür.

7) Vücudun kendi kendini müdafaa ve reaksiyonları hastalığa karşı yöneltirse ilaçlardan alınan iyi neticeler artıyor. Büyük tüberkülozcuların bu hususta söyledikleri sözler bu suretle bir kere daha ehemmiyet ve hakikat kesbetmiş oluyor. Maalesef bizde hastalar bu ciheti takdir etmeyip her şeyi ilâhtan beklemektedirler. Bu zihniyet ise ilaçların yapacağı tesiri azaltmakta, bir az dikkat ve anlayışla elde edilebilecek yüksek randumamı düşürmektedir.

8) Müzmin tüberkülozlu hastalarda tedavi maalesef iyi neticeyi pek sağlamıyor. Bu da her halde fibröz doku içindeki harap mühraklara tesir edememekten ileri gelse gerektir. Bu gibi hallerde antibiyotik kombinezonlarının da fazla bir faydası olmuyor. Bunlarda daha müessir hücum tedavileri şekilleri aranmalıdır.

9) Gaye asimptomatik vakalarda temerküz etmeli, bu vakalara tevcih edilmelidir. Burada daha ince muayene usullerinden istifade etmek imkânları aranmalıdır. Şöyle ki : -

a) Mantoux testlerinde virajaramakla, ve

b) Fotografik image - intensifier denilen yeni radyolojik muayene usullerinden faydalanarak daha sıhhatli ve zararsız olduğu kadar kolay olan yeni muayene usulünden faydalanarak....

Kanaatime göre böyle vakalarda az antibiyotiklerle büyük faydalar elde etmek mümkün olacaktır, olmaktadır. Tecrübe ve müşahedelerimin bende bıraktığı intibaa göre bu şekilde tedavi profilaktik ilaç vermekten de daha verimli ve yerinde bir hareket olacaktır, zira yeni ilaçlar ne kadar bol olursa olsun ve daha nice yenileri bulunursa bulunsum mücadelenin esasını yeni vakaları bulmak ve bunların tedavisi teşkil etmektedir.

10) Üç bayan öğretmen (S.S. ve N.) antibiyotiklerle tamamiyle (birisindeki lezyon kaverni ile müterafık olduğu olduğu halde) salâh bulup senelerce (5 seneyi bir hayli aşmış olarak) mesleklerinde çalışmaktadırlar ve muntazamen yapılan kontrollerinde geçirmiş oldukları hastahklarında hiç bir faaliyet göstermemektedirler. Kendilerinin de hiç bir şikâyetleri yoktur. Bunlar iyi hastalar diye isimlendirilmesi gereken bir grup teşkil etmektedirler... Bunlar tedaviye gereken ehemmiyeti verip te gerektiği şekilde tatbikatı yapıldığı takdirde elde edilebilecek güzel neticelere iyi misâl olmaktadır.... Yani antibiyotik bol, hastalar duçar oldukları afetin önemini takdir ederler ve sosyal durumları ile ma-

li kudretleri müsaid olursa alınan neticeler çok daha semereli olacaktır. Kendi müşahedelerime göre bu grupta muvaffakiyet % 100'e yaklaşmaktadır. Dispanser hastalarında ise muvaffakiyet % 60 civarında dönmektedir. Burada muvaffakiyet şansını bu derece düşüren şartlar aşikârdır.

N E T İ C E : - Antibiyotiklerde biraz daha bolluğa kavuşmakla, hastalara kâfi miktarlarda ve muntazam olarak ve lüzumlu kombinezonlar halinde ilaç verebilecek duruma geldikçe ve muvaffakiyeti engelleyen sosyal şartlar düzeldikçe tedaviden muvaffakiyetin de bu nispetlerde artacağı muhakkaktır.....

—oOo—

AMBULATUAR ANTİBİYOTİK TEDAVİ İLE SALÂH GÖSTEREN VAKALAR

Dr. Behzad K. YEGEN

1374A/1951, Ö. O., 29, elektrikçi. İlk müracaatında iki taraflı prodüktif vasıfta Akc. TB. Hâlen yalnız üst yarılarda fibrotik sekeller. Hiç hastahaneye yatmamıştır. Aldığı antibiyotikler :- 110 str. + 165 gr. İNAH. Tedavisini devamlı yaptırmıştır. Girdiği zaman B.K. + iken sonra 3 defa - oldu. Sedimentation :- 10. 25. 42, 5. 10. 20.

1376A/1951, Y. M., 28, Dokumacı. İlk müracaatında sağda perihilerde badem cesametinde nodül ile klavikula altında eksüdatif Tb. irtisahlı. Hâlen nodül kayboldu, irt. yerinde de fibröz sekel kaldı. 1954 te 8 ay rehabilitasyonda yatmıştır. O müddet zarfında B. K. - dir. Aldığı antibiyotikler:- 90 Str. + 20 gr. İNAH. Tedavisini devamlı - yaptırmıştır. 1951 1953 te B.K. + iken sonra 3 defa - olmuştur. Sedimentation:- 15. 45. 80, 5. 10. 15, 2. 3. 5, 3. 5. 10, 3. 5. 6.

1530A/1952, D. M., E. K., 20 yaşında. İlk müracaatında solda klavikula altında kavernli eksüdatif Akc. Tb. Hâlen solda klavikula altında fibro - nodüler sekeller. Hastahaneye yatmamıştır. Aldığı antibiyotikler:- 80 Str. + 30 gr. İNAH. Hasta bize gelmeden önce Malatyada tedaviye başlamış

ve pnömotoraks ta tatbik edilmiş, fakat bu sonuncu inefikas olduğundan kesilmiş Bidayette B. K. + iken sonra 6 defa - olmuştur. Sedimentation:- 10. 28. 36, 5. 10. 25, 5. 15. 30, 5. 10. 25, 5. 10. 18.

23B/1952, E. Ş., 19, Boğsa. İlk müracaatında sağda daha fazla olmak üzere klavikulalar altında prodüktif vasıfta TB. irt. Hâlen aynı yerlerde fibröz sekeller. 2 ay Çamlıca prevan-toryumunda yatmıştır. Aldığı antibiyotikler :- 20-30 Str. + 100 gr. kadar İNAH. Tedavisini gayri muntazam ola-rak yaptırmıştır. 1955 te B.K. sonradan iki defa - olmuş-tur. Sedimentation:- 5. 10. 15, 2. 5. 8.

350A/1952, B. O., 30, Manav. İlk müracaatında sağda kaide de kavem. Hâlen Kavem kaybolmuş, aynı mntakaya isabet eden mntakada fibrotik dağınık sekeller. Hastahaneye hiç yatmamıştır. Aldığı antibiyotikler:- 150 Str. + 40 gr. İNAH. + 3 kgr. PAS. Tedavisini muntazam yaptırmıştır. Bida-yette B.K. + iken sonraları - olmuştur. Sedimentation:- 5. 35. 75, 5. 25. 35. Hasta tedavisini dışarıda yaptırdığın-dan lâboratuvar muayenelerinde bir kaç defa daha iyi ne-ticeler alındığı söylemektedir.

1509A/1952, Ç. M., 28, Boğsa. İlk müracaatında hilüslerde ileri derece-de dolgunluk, sağda daha fazla ve perihilerde küçük (fın-dık) cesanetinde 1-2 kovuk. Hâlen sağda hilüste eski dolgunluk ile sağ zirvede nodül. Hastahaneye 9 gün yat-mıştır (Cerrahpaşa). Aldığı antibiyotikler:- 40 - 50 Str. + 1000 adet te PAS. almıştır. Bidayette B.K. + iken son-ra 6 defa - olmuştur. Sedimentation:- 5. 10. 20, 3. 5. 10. olarak seyrediyor.

1420A/1952, D. N., 18, Tezi. İlk müracaatında plörit ve hilüslerde dol-gunluk, solda kaide de arborizariyonda artma ve fausse caverne. Hâlen ince fibrotik sekeller. Hasekide 15 gün yatmıştır. Aldığı antibiyotikler:- 30 + Strep. + 8 - 10 İNAH. 1953 te B.K. + iken Sonra 4 defa - olmuştur. Se-dimentation:- 1. 2. 5., 2. 3. 10, 2. 5. 8.

132A/1952, K. A., 20, Memur. İlk müracaatında iki taraflı exudatif Ak-ciğer Tb. si klavikulalar altında. Hâlen lineer ve nodüler fibröz Tb. sekelleri. Hastahaneye yatmamıştır. Tedavisini muntazamen yaptırmıştır, ve kâfi miktarda Strep. ile İNAH. kullanmıştır. Bidayette B.K. + iken, sonra 6 defa - olmuştur. Sedimentation :- 2. 10. 15, 5. 10. 15, 1. 2. 5.

68A/1953, Y. S., 25, Talebe. İlk müracaatında sağda zirvede opasite + kavite. Hâlen zirvede opasite ve fibro - nodüler sekel-Hastahanelere müteaddit defalar yatmıştır. Aldığı antibi-yotikler:- 150 Strep. + 4-5 şişe İNAH. + 900 gr. PAS. 1952 de B. K. + iken sonra 3 defa - olmuştur. Sedimen-tation:- 1. 2. 5., 2. 3. 10., 2. 5. 8.

1213A/1953, G. K., 51, İşçi. İlk müracaatında sağda klavikula altmda eksüdatif TB. irt. Hâlen sağda klavikula altında fibrotik sekeller. 1951 de B.K. + iken sonra 6 defa - olmuştur. Sedimentation:- 10. 33. 60. 15. 35., 5. 15. 25.

557C/1953, N.E., 30, E.K. İlk müracaatında sağda kaide de kesif, sol-da perihiler nahiyede fibröz kesafet, sağda zirvede caver-ne. Hâlen Hilüslerde eski dolgunluk ve sağda klavikula altında lineer fibrotik sekel. 3 ay Koşuyolunda ve 3 ay da Cerrahpaşada yatmıştır. Yattığı hastahanelerde ve bizden kâfi miktarda Strep. ve İNAH almıştır. 1953 te B.K. + iken sonra 3 defa - olmuştur. Sedimentation:- 30. 65. 115., 10. 45. 75., 20. 50. 110.

530A/1953, A.N., Tezgâhtar. İlk müracaatında sağda klavikula altın-da fibro - prodüktif vasıfta TB. irt. Hâlen fibröz sekeller. Hastahaneye yatmamıştır. Aldığı antibiyotikler:- 40. Strep. + 6 şişe İNAH. 1953 te B.K. + iken sonra 5 de-fa - olmuştur. Sedimentation:- 22. 54. 85, 13. 3. 5., 2. 6. 10., 2. 8., 2. 3. 5.

302A/1953, A. F., 29, E.K. İlk müracaatında solda ortada eksüdatif Akciğer Tb. si. Hâlen eski leziyonun bulunduğu yerde fib-röz çok hafif sekeller. 2.5 ay Yekulede yatmıştır. Aldığı antibiyotikler:- 20 Strep. 5 şiş de İNAH. Önce B.K. + iken sonraları 3 defa - olmuştur. Sedimentation:- 15. 45. 70., 3. 8. 15., 2. 5. 8.

913A/1954, D. E., 16, Boğsa. İlk müracaatında daha ziyade solda ol-mak üzere her iki tarafta hiler ve perihiler nahiyelerde prodüktif vasıfta Tb. irt. Hâlen eski gölgelerde azalma ve sertleşme. Bu hastamız yalnız mukavviler, istirahat ve besi ile düzelmiştir. 6 defa B.K. - çıkmıştır. Sedimentati-on :- 5. 25. 70., 5. 25. 40., 5. 15. 35.

1069A/1954, Ş. Z., 26, E. K. İlk müracaatında solda klavikula altında kavern ve prodüktif vasıfta Tb. infiltrasyonu. Hâlen eski kavern yerinde ufak fibröz leke ve diğer sahalarda müteaddit kalsifik küçük nodüller. Hastahaneye yatmış, PX. tatbik edilmiş, fakat inefikas olduğundan terkedilmiştir. Aldığı antibiyotikler:- 70 Strep. + 30 şişe İNAH. Bidayette B.K. + iken sonra 6 defa - olmuştur. Sedimentation:- 5. 30. 60, 5. 20. 35, 5. 15. 20, 5. 10. 20.

1106A/1955, K. K., 1., 17, Lâstikçi. İlk müracaatında solda ortada ek-südatif infiltrasyon. Hâlen İnfiltrasyon yerinde noktavi kireçleşme. Hastahaneye yatmamıştır. Aldığı antibiyotikler:- 100 Strep. + 200 gr. İNAH. Bidayette B.K. + iken sonra 3 defa - olmuştur. Sedimentation:- 5. 10. 30, 2. 5. 10, 1. 3. 8.

277A/1955, G. N., 26, E. K., İlk müracaatında solda klavikula altında kavern ile müterafık prodüktif vasıfta Tb. infiltrasyonu. Hâlen solda klavikula altında badem cesametinde sert bir nodül vasfında opasite. Hastahaneye yatmamıştır. Aldığı tibiyotikler : - 40 strep. - 10 şişe İNAH. 1955 te B. K. + iken sonra 6 defa — olmuştur. Sedimentation : - 20. 55. 105, 5. 15. 35, 5. 15. 25, 2. 3. 8.

785/1954, B. Ö., 31, Manav. İlk müracaatında sağda perihilerde eski kavernli prodüktif vasıfta Tb. infiltrasyonu. Hâlen sağda ortada eski infiltrasyon yerinde fibröz seke. Hastahaneye yatmamıştır. Aldığı antibiyotikler:- 90 Str. 250 gr. İNAH. Bidayette B.K. + iken sonra 4 defa - olmuştur. Sedimentation:- 5. 20. 35, 2. 10. 15, 5. 6. 10, 5. 10. 15, 5. 10. 20.

466A/1955, Ö. E., 22, E. K. İlk müracaatında solda kaidede kavern ile müterafık Tb. infiltrasyonu. Hâlen eski kavern yerinde silinme ve gayet ince lineer fibröz lekecikler. İki defa hastahaneye yatmış, çıkmıştır. PX yapılmış ise de inefikas olduğundan terk, sonra antibiyotiklere devamlı tedavi edilmiştir. Aldığı antibiyotikler:- 120 Strep. + 35 -

40 şişe İNAH. + 1.5 kgr. da PAS. Bidayette B.K. + iken sonra 6 defa - olmuştur. Sedimentation:- 5. 10. 20, 5. 15. 25, 5. 10. 25, 5. 10. 15.

Aşağıdaki vakalarda ise ortalama bir antibiyotik tedavisinden sonra iyi bir netice alınamamış, vakalar ya stasyonere kalmış veya agravasyon görülmüştür. 302A/954, K. Ö. 52 Seyyar satıcı, 1028A/954 M.M. 41, İssiz, 1028B/954, M. H., 15, E. K., 500B/954, İ. H., 28, İ. H., 28, müezzin, 213A/955, G. A., 65, kahveci, 1401A/951, D. B., 11, Çocuk, 480A/952, Z. L., 21, E. K., 197A/952, E. H., 35, E. K., 503A/954, Ç. Y., 37, İssiz, 600A/952, K. H., 26, Kunduracı, 369/954, K. L., 25, E. K., 1414A/951, S.H., 50, Berber, 1016A/954, K. N., 43, kaptan.

—oOo—

AMBÜLATUVAR ANTİBİYOTİK TEDAVİSİNİN TESİR DERECESESİ

Dr. Selami İŞİNDAG [*]

I. Bu etüd 185 vaka üzerinde yapılmıştır. Bu hastalar hiç bir cerrahi müdahaleye tâbi tutulmamış, kollaps tedavisi görmemiş, hastane veya sanatoryuma yatmamıştır.

II. Hastalarımızdan 50 si çocuk (% 27), 45 i kadın (% 26) ve 90 ı erkektir (% 48). 93 tanesi meslek sahibidir (% 51). 3 hastamız tedavi esnasında işlerini terk etmiştir (% 3.)

III. Çocuk grubunda Tüberkülin testi 5 - 30 m.m. pozitif çıkmıştır.

IV. 146 balgam veya mide suyunda Koch basili aranmıştır :

A. 1 vakada direkt negatiftir ve bunda tekrar kraşa alınmamış ve tübaj yapılamamıştır.

B. 2 vakada homojenizasyon negatiftir bunlarda da tekrar araştırma yapılamamıştır.

[*]. İstanbul Verem Savaş Derneği Taksim Verem Dispanseri Başhekim

- C. 37 vakada direkt pozitifdir (% 25).
- D. 17 vakada homojenizasyon pozitifdir (% 11).
- E. 75 vakada kültür pozitifdir (% 51).
- F. 14 vakada kültür negatifdir (% 8).

V. 144 hastada sedimantasyon hızı ölçülmüştür:

- A. 34 vakada normaldir (% 23).
- B. 110 vakada patolojik hudutlarda yüksektir (% 75).
- C. Sedimantasyon hızı normal olan 34 vakadan akciğer Tüberküloz lezyonu ağır olan 30 hasta tesbit edilmiştir. (% 88).
- D. Hem sedimantasyonu hızlı, hem de akciğer lezyonu ağır olan 110 vaka bulunmuştur.
- E. Hem sedim. normal, hem akciğer lezyonu hafif olan 4 vakadır.

VI. 185 vakamızdan :

- A. 31 tanesi tek taraflı ganglyon hipertrofidir (% 18).
Bunların 13 tanesinde tek taraflı enfiltrasyon da vardır.
- B. 4 tanesi çift taraflı gangl. hipertrofidir (% 2).
Bunlarda paransim normaldir.
- C. 109 tanesi tek taraflı enfiltrasyondur (% 58).
Bunlardan 59 u tek kaviteli (% 46)
Bunlardan 13 ü tek taraf. gangl. hipertrof. (% 12)
Bunlardan 13 ü çok kavitelidir (% 12).
- D. 54 tanesi çift taraflı enfiltrasyondur (% 28).
Bunlardan 9 u tek taraflı kavitelidir (% 17).
Bunlardan 7 si çift taraflı tek kavitelidir (% 15).
Bunlardan 2 si tek taraflı çok kavitelidir (% 3).
Bunlardan 16 sı çift taraflı çok kavitelidir (% 30).

E. 70 tanesi tek taraflı tek kavitelidir (% 38).

Bunlardan 60 tanesi tek taraflı enfiltrasyonla beraber (% 85)

Bunlardan 10 tanesinde aşıkâr enfiltrasyon yoktur (%14).

F. 8 tanesi çift taraflı tek kavitelidir (% 4).

Hepsi de çift taraflı enfiltrasyonludur.

G. 15 tanesi tek taraflı çok kavitelidir (% 8).

Bunlardan 14 ü tek taraflı enfiltrasyonludur (% 93)

Bunlardan 1 i çift taraflı enfiltrasyonla beraberdir (% 6)

H. 16 tanesi çift taraflı çok kavitelidir (% 8).

Hepsi çift taraflı enfiltrasyonludur.

I. 10 tanesi atelettazidir (% 5).

Bunlardan 8 tanesi orta loba aittir (% 80).

Bunlardan 2 tanesi sağ alt loptadır (% 20).

Bu 10 atelettazik vakamızın 7 tanesi tek taraflı (% 70) 3 tanesi iki taraflı (% 30) iki taraflı ganglyon hipertrof. ile beraberdir.

VII. Tedaviden sonra 146 vakada Koch basili durumu :

- A. 7 vakada direkt pozitifdir (% 4). (Evvelce 37 ve % 25 idi).
5 tanesi tedaviden evvel direkt pozitif idi.
1 tanesi tedaviden evvel kültür negatif idi.
1 tanesi tedaviden evvel kültür pozitif idi.
- B. 4 vakada homojenizasyon pozitifdir (% 2). (Evvelce % 11) idi.
3 tanesi tedaviden evvel direkt pozitif idi.
1 tanesi tedaviden evvel homjenizasyon pozitif idi.
- C. 22 vakada kültür pozitifdir (% 15). (Evvelce 75 ve % 51 idi).
9 tanesi tedaviden evvel direkt pozitif idi.

3 tanesi tedaviden evvel homojenizasyon pozitif idi.
10 tanesi tedaviden evvel kültür pozitif idi.

D. 110 tanesi kültür negatiftir (% 75). (Evvelce 75 ve % 51 idi).

20 tanesinin tedaviden evvel direkt pozitif idi.
13 tanesinin tedaviden evvel homojenizasyon pozitif idi.
64 tanesinin tedaviden evvel kültür pozitif idi.
13 tanesinin tedaviden evvel kültür negatif idi.

VIII. Tedaviden sonra 144 sedimantasyon hızının durumu :

117 vakada kan çökümü hızı normal çıkmıştır (% 81). (evvelce 34 ve % 23 idi).

27 vakada kan çökümü hızı patolojik hudutlarda bulunmuştur (% 11). (Evvelce 110 ve % 76 idi). Normal sedimantasyonla ağır akciğer lezyonluların bir arada oluş nisbetleri % 24 tür.

IX. 185 hastamızda tedaviden sonraki kilo (ağırlık) değişimleri :

8 tanede 1 - 5 kilo kaybetme (% 24), 5 tanede 6 - 10 kilo kaybetme (% 2), 11 tanede kilo farkı yok (% 5), 95 tanede 1-5 kilo artış (% 51), 42 tanede 6-10 kilo artış (% 22), 13 tanede 11-15 kilo artış (% 5) görülmüştür.

X. Anatomik lezyonların tedaviden sonraki durumu :

A. Tek taraflı ganglyon hipertrofileri 31 idi :

Bunların 22 tanesinde şifa (% 70), 7 tanesinde selah (% 22), 2 tanesinde hali ile kalış olmuştur (% 6).

B. Çift taraflı ganglyon hipertrofileri 4 idi :

Bunların 3 tanesinde şifa (% 75), 1 tanesinde selah olmuştur.

C. Tek taraflı enfiltrasyonlar 109 idi :

Bunların 90 tanesinde şifa (% 82), 10 tanesinde selah (% 9), 9 tanesinde hali ile kalış (% 8) olmuştur.

D. Çift taraflı enfiltrasyonlar 53 idi:

Bunların 24 ünde şifa (% 45), 16 sında selah (% 30) 13 ünde hali ile kalış (% 24), 1 inde ölüm (% 1) olmuştur.

E. Tek taraflı kaviteler (Tek kaviteli) 70 idi : a

Bunların 33 tanesinde şifa (% 48), 21 tanesinde selah (% 30) 16 tanesinde hali ile kalış olmuştur (% 22). İki fakada fevkalade netice alınmıştır (1602 A/52 ve 2001 A/52).

F. Çift taraflı tek kaviteliler 8 idi :

Bunların 1 inde şifa (% 8), 4 ünde selah (% 50), 3 ünde hali ile kalış (% 37) olmuştur. Bu vakada fevkalade netice alınmıştır (2304 A/52).

G. Tek taraflı çok kaviteliler 15 idi :

Bunlardan 7 tanesinde şifa (% 53), 4 ünde selah (% 26), 4 ünde hali ile kalış (% 26) olmuştur. Bir vakada çok güzel netice alınmıştır (1195 B/55).

H. Çift taraflı çok kaviteliler 16 idi :

Bunların 4 ünde şifa (% 25), 6 sında selah (% 37), 6 sında hali ile kalış olmuştur (% 37).

I. Atelektazililer 10 tane idi ;

Bunlardan 9 tanesinde şifa (% 90), 1 tanesinde selah (% 10) olmuştur.

Görülüyor ki genel olarak şifa nisbeti % 60, selah nisbeti % 22, Hali ile kalış nisbeti % 16, ölüm nisbeti % 0,3 tür.

XI. Antibiyotiklerle tedavi işine gelince :

A. 4 hastamız yalnız Streptomycine almıştır.

Bunlardan 3 tanesinde şifa (% 75), 1 inde selah (% 25) olmuştur.

B. 2 hastamız yalnız İsoniazide almıştır.

Bunlardan 2 sinde de şifa olmuştur (% 100).

C. 88 hastamız Str. ve İNH almıştır.

Bunlardan 61 inde şifa (% 69), 16 sında selah (% 18), 11 inde hali ile kalış (% 12) olmuştur.

D. 4 hastamız Str. ve PAS almıştır.

Bunlardan 1 tanesinde şifa (% 25), 1 inde selah (% 25), 2 sinde hali ile kalış (% 50) olmuştur.

E. 87 hastamız Str., INH ve PAS almıştır.

Bunlardan 41 tanesinde şifa (% 47), 26 sında selah (% 30), 20 sinde hali ile kalış olmuştur (% 23).

Görülüyor ki genel olarak şifa nisbeti % 58, selah nisbeti % 23, hali ile kalış nisbeti % 17 dir.

XII. Antibiyotiklerin miktar ve süresine göre neticeler :

A. Miktar ve sürece az alanlar 42 vakadır :

Bunlardan 11 inde şifa (% 26), 26 sında selah (% 61), 5 inde hali ile kalış olmuştur (% 11).

B. Orta miktar ve sürede alanlar 109 vakadır :

Bunlardan 48 inde şifa (% 44), 45 inde selah (% 41), 16 sında hali ile kalış olmuştur (% 14).

C. Yeter derecede ve sürede alanlar 34 vakadır :

Bunlardan 24 ünde şifa (% 80), 9 unda selah (% 30), 1 inde hali ile kalış (% 3) olmuştur.

Görülüyorki genel olarak şifa nisbeti (% 44), selah nisbeti (% 43), ve hali ile kalış nisbeti (% 11) dir.

—oOo—

AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNUN AMBULATUAR

TEDAVİSİ HAKKINDA

Dr. Nüzhet ZİYAL [*]

Dr. Yaşar GÜNSAL [*]

Akciğer tüberkülozunun ambulator tedavisi, bugün bütün dünyanın üzerinde münakaşa etmekte olduğu atüel bir mevzuudur.

Bilhassa verem hastasına yatak bulmakta müşkülât çekilen ve hastaların aylarca sıra beklemeye mecbur kaldıkları memleketimizde bu meselenin daha büyük bir ehemmiyeti haiz olacağı tabiidir.

[*] İşçi Sigortaları Kurumu Süreyyapaşa Sanatoryumu.

İşçi Sigortaları Kurumu, Akciğer tüberkülozu teşhisi konulan bütün sigortalı hastalarını sür'atle sanatoryumlara yatırmayı prensip edinmiştir. Buna rağmen sosyal, ailevi, psikolojik ve mâli sebepler dolayısıyla hastahane tedavisini reddeden veremli hastalara karşı yatırılarak tedaviyi mecbur kılan müeyyidelerin kifayetsizliği neticesi, bir kısım hastalar, ya başlangıçta veya yatırıldıktan bir müddet sonra mecburen ambulator tedaviye tabi tutulmaktadır. 2 ilâ 4 aylık bu süre bazı hastalarda 6 ay kadar sürmektedir. Bu müddet zarfında hastaya antibakteriyel ilâçlar verilmekte ve İstanbul içinde olanların kollaps tedavileri de tarafımızdan idame edilmektedir. Taşrada olanlara da bu tedavilerine devam etmeleri tavsiye edilmektedir.

Ekseriyetini beden işçisinin teşkil ettiği sigortalı verem hastalarının ambulator tedavide elde edilen neticelerini toplayarak huzurunuza getirmeyi faydalı bulduk. Süreyyapaşa Sanatoryomunda son üç sene içinde (955 - 956 - 957) bu şekilde ayaktan tedavi gören hastaların dosyaların tetkikinden alınan neticelerin münakaşasını kıymetli tenkitlerinize arzederiz. Son üç seneyi almamızın sebebi, kurumun tüberküloz müddetini üç sene evvel 9 aydan 18 aya çıkarması neticesi, ambulator tedaviye hastaların daha fazla temayül etmesindendir.

Bu üç senelik süre içinde sanatoryomumuza 1793 hasta yatıp çıkmıştır. Bu hastalardan 418 i (% 23) ya dilekçe vererek veya başka sebepler yüzünden ısrarla taburcu olmayı talep ettiklerinden ayaktan tedaviye alınmışlardır. Bunlardan 112 sinin âkibeti bizce meçhûl kalmıştır. Çünkü bunlara sağlık kurumumuz «istirahati sonunda bulunduğu yerde muayene» kararı verdiğinden tekrar müessesemize müracaat etmemişlerdir.

Şu halde tetkik mevzuumuz 306 vakaya inhisar etmektedir. Bunlardan 249 u (% 81) taze lezyonlar, 57 si (% 18,9) mükerrer yatan hastalara ait eski lezyonları ihtiva etmektedir. Bu 306 vakanın yaşa göre adetleri şöyledir.

Yaşlar	:	15—25	25—35	35—45	45—55	55 den yukarı
Adetler	:	42	88	121	37	18

Görülüyorki pek çok hasta daha ziyade 25—45 yaşlar arasındadır. Bu da ekseriya ailesine şahsen bakmaya mecbur olan ve bakılmıya muhtaç çocukları bulunan hastalardır ki, durumları uzun müddet hastahanelerde kalmaya müsait değildir.

Lezyonlara gelince: vakaların 123 tanesi (% 40,2) iki taraflı kavite veya enfiltratif, 103 tanesi (% 33,7) sağ taraf kavite ve anfiltras-

hona, 80 tanesi de (% 26,1) lezyonları sol tarafa ait vakalardır. İki taraflı 123 vakanın 97 tanesi (% 79) kaviteli, 26 tanesi (% 21) enfiltaritif karakterdedir. 97 kaviteli vakanın 72 si, % 74 P.P. ile teşvik edilmiş, 25 tanesi (% 26) her hangi bir sebeple kollaps tedavisi görmemiştir.

Ambulatuvar tedavi sonu neticeleri : 123 vakanın 48 i, % 39 çıktığı gibi halile kalmış; 52 tanesi % 42 lezyonlarının bir veya iki tarafında evölüsyon görülmüş, 23 ünde % 19 iyileşmeye doğru bir gidış müşahade edilmiştir.

Şu halde bilateral vakaların yazısından fazlasında halile kalma veya iyiliğe temayül görülmüşse de % 42 sinde evölüsyon müşahade edilmiştir.

Ambulatuvar tedaviye tabi tutulan ve halile kalan 48 vakanın 38 i % 78 P.P. altında tedavi görmüş, iyiliğe giden 23 vakanın 17 si % 73 yine P.P. altında tedavi görmüştür. Ayak tedavisinde kötüye giden 52 vakanın 16 sı % 30,6 ancak P.P. tedavisi altında idi.

Ambulatuvar tedaviye tabi tutulan tek taraflı vakalara gelince : Bunlar sağ sol tefriki yapmaksızın birlikte mütalâa edilecektir. Adetleri 183 tür. Ve umumî yekûmun % 59,8 ine tekabül etmektedir. 183 vakadan 105 tanesi (% 57 si) P.P. altında tedavide idi. Tedavi neticeleri şöyledir. Halile kalan : 58 (% 31,7) bunun 37 si (% 63 ü) P.P. altında idi. Kötüleşen vak'a adedi : 83 (% 45,3) bunun 41 tanesi (% 49) P.P. lidir. İyiyeye giden vaka adedi : 42 (% 23) bunun (% 64) 27 si P. altında idi.

Şimdi bu neticelerin münakaşalarını yapalım.

İki taraflı vakaların % 42 si fenalaşmıştır. Ancak bunların % 30,6 sına antibakteriyel tedaviye P.P. teşrik edilmiştir. Halbuki iyiyeye gitmiş vakaların % 73 ü ve durumu halile kalan vakaların % 78 i antibakteriyel + P.P. tedavisinde idi. Görülüyorki P.P. teşrik edilmiş yüksek sayıda vakada ayak tedavisi uzun boylu bir zarar tevhit etmemiştir. Yani Pnömooperituan ayak tedavisindeki vakalarda nisbi bir istirahat temin etmektedir.

Keza tek taraflı vakalara da bir göz atarsak iyileşmeye temayül eden veya halile kalan vakaların % 63 ile 64 dünün antibakteriyel + P.P. ile tedavide olduğunu görürüz. Halbuki bozulan vakalarda tedaviye P.P. teşrik edilmiş olmasına rağmen % 49 dur.

Kanaatimizce pnömooperituan ambulatuvar tedavi altındaki hastalar için iyi bir istirahat imkânı temin etmektedir.

Görülüyor ki, ister yalnız antibakteriyel tedavi olsun, ister P.P. ile müştereken tatbik edilsin, ambulatuvar tedavi işçi hastalarımız için şimdilik şayanı tavsiye bir tedavi usulü değildir. Bunun sebeplerini böylece sıralayabiliriz :

1 — Ev iktisadî şartlarının bozuk olması yüzünden hasta iyi beslenememektedir.

2 — Hastalardan bir çoğunun fazla sayıda aile efradına bakmakla mükellef oluşu, çalışmadığı müddet içinde kendisine ödenen «iş göremezlik» ödeneğinin kifayetsizliği veya çok yeni işçilere bunun hiç verilememesi yüzünden, bu hastalar tedavi ve istirahati gerektiren müddet içinde dahi çalışmak mecburiyetinde kalmaktadır.

3 — Sıhhi teşkilâtımız hasta ikametgâhına giderek tıbbî yardımlarda bulunamamaktadır. Bilhassa hava değişimi gayesiyle köylerine gidenler ise bu yardımdan daha da uzakta kalmakta ve sipesiyalist olmayan ellerde noksan tedavi görmektedir.

4 — Hastanın kültürel bakımından tıbbî nezarete ve ilâca gereken kıymeti veremeyecek durumda oluşu sebebiyle hissettiği ârıazalar sebebiyle hekime vaktinde müracaat etmemektedir.

5 — Hastaların ambulatuvar tedavide kontrolden uzak geçirdikleri zaman içinde birçok tedavi imkânlarını kaybedişi de kayda değer bir mahzurdur. Meselâ hasta cerahhi müdahale kıvamını kaybetmektedir.

6 — Zaman zaman basil çıkaran hastaların gerek aile muhiti ve gerek muhit civarı için bir enfeksiyon menbainı teşkil etmesi de ambulatuvar tedavinin büyük mahzurlarından birini teşkil etmektedir.

Ancak aşağıdaki şartlar temin edilebilirse bu nevi bir tedavi işçi hastalarımız için de faydalı olabilir:

1) Hastayı ve aile efradını rahatca geçindirebilecek asgarî bir ücreti yardım primi olarak muntazaman verebilmek. Bu sayede hasta iyi biri olan ruhî sükûnu bulmuş olur.

2) Dispanserler vasıtasıyla hastaları devamlı kontrol ve tetkike tâbi tutmak, ziyaretçi hemşireler yetiştirmek suretiyle ambulatuvar tedaviye tâbi tutulan hastaların uygun ev şartlarını temin etmek, hastaya bakacak olanları bu mevzuda tenvir etmek, yâni kısaca ev imkânlarında dahi hastahane geraitini temine çalışmak. Bu şartlar temin edildiği takdirde hasta, meselâ, haftada bir defa dispanserde kontrole tâbi tutulur, ayda bir defada Klinik, Radyolojik ve bakteriyolojik kontrollardan geçirilerek icap ettiği anda aktif bir hastahane tedavisine alınabilir.

3) Sirayet meselesinde yine aile efradını da sık sık tıbbi kontrole tâbi tutmak ve cuti reaksiyonu menfi olan çocuklara B.C.G. aşısı tatbik etmek.

4) İyileşen hastalar için henüz nakahat safhasında iken hastaları rehabilitasyon müesseselerinde çalışma imkânlarına tevdi etmek, bu suretle hastayı manen malûl hissettiği durumdan kurtararak maneviyyatını takviye etmek ve kısmen de olsa müstahsil durumuna getirmek.

5 — Bütün tedavi imkânlarını kaybeden kronik fitizilî hastalar için ayrı işyerleri tesis ederek bu hastaları dahi cemiyete ve ailesine yük olmaktan kurtarmak.

İşçi Sigortaları Kurumu Sağlık Teşkilâtı bu lüzumu yüksek anlayış göstererek kabul etmiş rehabilitasyon mevzuunda müsbet çalışmalara başlamış, diğer taraftan VEREM SAVAŞ DERNEĞİ teşkilâtı ile de işbirliği yapmak üzere müzakerelere girişmiştir. Bu suretle işyerleri sık sık radyolojik kontrollara tâbi tutulacak, henüz âraz vermeyen taze vak'alar yakalanabileceği gibi daha evvelce tedavi görerek çalışma imkânını kazanmış olan eski hastaların da bu yoldan kontrolları yapılmış olacaktır.

Kurum sağlık teşkilâtının bu teşebbüsünü şükranla kaydederiz.

—oOo—

ANKARA VEREMLE SAVAŞ DISPANSERLERİNDE 1957 - 1958

SENELERİNDE 118 VAK'ADA EV VE AMBULATUVAR

TEDAVİ NETİCELERİ

Dr. Nusret KARASU

Dr. Orhan ÖGER

Dr. Cahit BAŞKÖK

Dr. Hamri NALBANTOĞLU

Dr. İlhan İLGÜN

Dr. Bahattin ÇETİN

Dr. Şükrü BOSTANCIOĞLU

Akciğer tüberkülozunun tedavisinde cerrahi metodlardaki ilerlemelere ve spesifik tüberküloz ilaçlarına rağmen yatarak veya istirahat tedavisi hâlen kıymetini muhafaza etmektedir. Buda disiplinli olarak ancak tüberküloz hastahaneleri ve sanatoryumlarda yapılabilir.

Bu tedavi; tüberküloz musabiyeti yüksek olan memleketlerde aktif vak'aları yatağa kavuşturmakta büyük maddî fedakârlıkları icabettirir. Bazı hastalarda, psikolojik veya geçim meseleleri ile imkân olsa dahi hastahaneye yatmamaktadırlar. Buna göre evde ve ambulatuvar tedavi zarurî olmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri halk sağlığı servisi tüberküloz mücadele dairesi direktörü Blonqueist'in negrettiği istatistiğe göre (1) Amerika'da 24 eyalette köy ve şehirlerde oturan 7 milyon kişi arasında yapıldı bir ankette veremlilerin % 55'inin hastahanelere yatırıldığı % 45'inin ise % 71,9 % 45'inin ise % 71,9 % nisbetinde evolutif vak'alar olduğu halde ambulatuvar tedaviye alındığı bildirilmektedir. Avrupa ve hatta iskandinav memleketlerinde dahi her hasta kolayca yatırılmamaktadır.

Tüberküloz organizasyonu ileri derecede bulunan bu memleketlerde dahi lüzumlu görülen ambulatuvar tedavi bilhassa geri kalmış memleketler için şarttır. Antibiyotik ve antibakteriyel devirden önce mucibi münakaşa olan bu tedavi hususunun birçok araştırmacılar yaptıkları tetkiklerde çok faydalı ve ucuz olduğu, hatta elde edilen neticelerin hastahane tedavisi neticelerine yakın bulunduğu ve bilhassa ekonomik bakımdan geri kalmış memleketlerde bu tedavinin çok lüzumlu olduğunu belirtmişlerdir. 1957 senesinde New Delhi'de toplanan 14 ncü Milletler arası tüberküloz kongresinde Dr. D. Levi Valensi (2) Cazayirde 2000 adet ambulatuvar olarak tedavi edilen hastanın etrafamilier enfekte kabiliyetleri çok azalmış olduğunu ve hastaların takriben % 50 sinde selah veya şifa husule geldiğini tebliğinde bildirmiştir. Müellife göre uzun süreli ilaç alan ve dispanserlerde kontrol edilen hastalarda bu tedavinin en büyük faydası ailelerde epidemiyolojik bakımdan primoenfeksiyon sayısının çok azalmasıdır. Graveson ve Hagn'ın bildirdiğine göre (3) ambulatuvar tedaviyi; Danimarkalı fitiziyologlardan % 30 u hastalarında azami 4 aya kadar % 50 si ise ölçülü bir şekilde % 20 si ise geniş bir ölçüde yapmaktadırlar.

Müellife göre ambulatuvar tedaviye tabi tutulan hastalardan çok yüz güldürücü neticeler elde edilmektedir. Tatsure Iwasaki (4) nin bildirdiğine göre Japon araştırma komitesi tüberküloz tedavisi için 501 hastahane vak'ası ile 932 ambulat tedavi görmüş vak'ayı mukayese ediyor. Bu etüde göre ambulatuvar tüberküloz kemoterapisi bütün tüberküloz hastalığı devrelerinde tesirlidir. Yalnız bu tesir hastahane yapılan kemoterapidenden daha azdır. Bazı taze kaviteli oldukça ilerlemiş akciğer tüberkülozunda veya nisbeten stasyonier durumda bulunan kavitetsiz enfiltratlarda ise klinikteki kadar iki neticeler alınmaktadır. Robert Venator'un bildirdiğine göre (5) Morocco da 10.000 nüfusa 3 tüberküloz yatağı vardır. Buna mukabil müslüman halkta Avrupaya nazaran 6 misli daha fazla tüberküloz bulunmaktadır, beslenme çok azdır.

ikâmetgâhlar çok yüklü ve büyük sayıda şehir merkezine göç eden köy halkının ise tüberkülinleri 50 % nisbetinde negatiftir. Bu sebeple ileri derecede gayri hijyenik şartlar vardır. Müellif bu topluluktan yatırmadığı 385 hastayı sadece ambulatuvar olarak tedavi ediyor ve 37 % şifa, 34 % selah 22 % nisbetinde prosesin aynı durumda kalması ve yalnız 7 % nisbetinde daha fenalaşma husule geldiğini müşahade ediyor. Elde ettiği 71 % nisbetindeki müsbet neticeye 4 - 5 aylık hastahane kürü gören 630 kişilik grupla mukayese ediyor, ve ambulatuvar tedavi neticesinin stasyonierlere göre 78 % muaffakiyetli olduğu neticesini çıkarıyor. Müellife göre hastahane yatanlarda şifa 41 % dir. Lundquist'in bildirdiğine göre (6) İsveçre ambulatuvar ilâç tedavisi yalnız bazı muayyen şartlarda yapılır, bunlarda; eğer hastanın sosyal ve iktisadi şartları müsaitse veya eski, açık ve operabil olmayan vak'alarsa, veyahutta hastalık iyi tabiatlı ve ara sıra basıl çıkaran vak'alara inhisar ediyorsa, keza eğer psikolojik olarak zorlayan sebepler mevcutsa, bu durumlarda hasta ile tedavi müessesesinin müşterek çalışması garanti edilirse ambulatuvar tedavi tatbik edilir. Hastalar ziyaretçi hemşireler tarafından evlerinde haftada iki defa ziyaret edilir. Hastalar günde 12 Gr. PAS, 300 Mgr. INH ve ilk ay zarfında haftada iki defa 600.000 ü Penicillin ve ilk 6 ay zarfında haftada iki defa 1 er Gr. Streptomycin alırlar. Müellife göre bu şartlar altında 181 hastanın 163 ünde iyi neticeler elde edilmiş, K. Sikand ve S. Pamara'nın bildirdiğine göre (7) Hindistanda New - Delhi de de ambulatuvar tüberküloz tedavisinde çok iyi neticeler alınmıştır. Müellifler ekonomik bakımdan geri kalmış memleketlerde mevcut yataklar cerrahi müdahaleler için kullanılmalı, hastalar evlerinde ilâç ve mali yardım görerek kontrol altında tedavi edilmelidirler. Kanaatındadırlar. Amerika'da Bundy ve arkadaşları (8) Pittsburgda sanatoryuma yatmak üzere sıra bekleyen hastalara yer açmak için balgamlarında iki ay zarfında basıl negatif olan 315 hastayı taburcu ediyorlar ve bunlardan 172 tanesi ilâç tedavisi altında 7 - 17 ay kadar kontrol edebiliyorlar.

Bu müddet zarfında 172 hastanın ancak 4 tanesini yeniden sanatoryuma yatırmak hasıl oluyor, böylece yatmak için sıra bekleyen hasta da kalmamış oluyor. Trrell (9) İngilterede Glaskow da 1954 Mayısından itibaren her tesbit edilen ve hiç tedavi görmemiş akciğer tüberkülozunun 1 tanesini hastahaneye yatırıyor, diğerini ise ayaktan tedavi ediyor. 141 hastada 3 er aylık ve 94 hastada 6 şar aylık tedavi sonunda her iki grupta da basıl kaybolma müddeti aynı oluyor ve radyolojik tetkiklerde selah durumu müsavi bulunuyor, yalnız 6 ay yatanlarda kaviteilerin kapanma nisbeti biraz daha yüksek bulunuyor.

Görüldüğü gibi birçok müellifler ambulatuvar tedaviden çok ümit verici neticeler almışlardır ve bu tedavi usulünü de tavsiye etmektedirler.

Ankara'da Veremle Savaş Derneğinin 6 Dispanseri ve Sağlık Vekâleti Dispanseri 1957 senesinde tam bir işbirliği yaparak bölgeleşmişler ve mesailerini disipline etmişler, bölge içi hastalarında takip muhitlerini koruma ve tedavi hususlarını artırmışlar, ziyaretçi hemşireleri ile hasta lâkaydiyesini azaltmışlardır. Memleketimizde hastahane tedavisi ile, evde ambulatuvar tedavinin değerlendirilmesinde kanaatımızı sıhhatli ısrar etmek gayesi ile ve yatak sıkıntısının verdiği mecburiyetle mevcut ambulatuvar tedavimizde bulunanlardan 118 vak'anın hastahaneye yatırılmadan takibini biraz daha dikkatli yaptık. Hastalarımızın ilâçlarını muntazam verdik bir kısmında süt yardımı yaptık. 4 tanesi 3 senelikden fazla, diğerleri 6 ay - 3 senelik tedavi gören hastalardır. 69 u erkek 49 u kadın, çok ilerlemiş ve orta derecede kâhil tipi vak'alardır, 1957 Nisanından 1958 Kasımına kadar 1,5 sene SM - PAS - INH den ikili tedavi görmüşlerdir, ve hastahaneye yatırılmamışlardır.

BULGULARIMIZ :

Biz hastaları son tetkik durumlarına göre 3 gruba ayırdık.

1 — Radyolojik ve klinik iyi netice alunanlar :

Kaviteileri radyolojik olarak kaybolmuş, basilleri menfi, sedimentasyonu 1 saatte 10 mm, nin altında ve lezyonları son zamanlarda istasyonier durum arzeden hastalar.

2 — Radyolojik lezyonları değişmeyenler ve klinik selah bulanlar :

Lezyonlarında biraz selah olsa dahi, kavite ihtiva eden, basıl çıkaran ve lezyonları aktif bulunanlar.

3 — Radyolojik ve klinik şikâyetleri fenalaşanlar :

Tedaviye rağmen lezyonları radyolojik ve laboratuvar bulgularına göre daha ilerlemiş bulunanlar.

Ev ve ambulatuvar tedaviye alman	Adet	Rad. ve Kl. İyi	Rad. Aynı.Kl. İyi	Rad.ve klinik fenalaşan
Çok ilerlemiş	27	9 % 33	14 % 51	4 % 15
Orta derecede	91	72 % 79	17 % 18	2 % 2

Ev ve ambulatuvar kadaviye alınan	Adet	Rad. ve Kl. iyi	Rad. Aym.Kl. iyi	Rad.ve klinik fenalaşan
İlerlemiş				
Umumi vak'a	118	81 % 68	31 % 26	6 % 5
Erkek hasta	69	45 % 65	20 % 29	4 % 6
Kadın hasta	49	36 % 74	11 % 22	2 % 4

Neticeler tetkik edilirse çok ilerlemiş grupta % 33 iyi netice % 51 klinik selah vardır. Bu grup hastaların aylık vasatı gelirleri 104 lira-
dır. Kısmi azami basit meskenlerde oturmaktadırlar. Ve sosyal durum-
ları pek iyi değildirler, orta derecede ilerlemiş grupta iyi netice % 79
ve klinik selah % 18 dir. Bu grup hastaların iyi olanlarında aylık ge-
lirleri 130 liradır. Sosyal durumları da iyi değildir, her iki grup müs-
terek mütalâa edildiğinde % 68 iyileşen % 26 klinik selah elde edilmiş-
tiki bu netice ev ve ambulatuvar tedavi için çok ümit vericidir. Eminiz-
ki ilâç yardımı ve gıda yardımı disipline edilirse dispanserlerce yatarak
tedaviye çok az vak'ada ihtiyaç olacaktır. Mevcut yataklarımızda cer-
rahi müdahale hizmetlerini geliştirecektir, kadın erkek iyileşme nisbe-
tinde kısmi bir fark dikkati çekmektedir, % 74 kadınlarda iyileşmeye
mukabil erkeklerdeki % 65 iyileşme nisbetini erkek psikolojisi ve çalış-
ma mecburiyetine bağlamak gerekir ve bu iki faktör dispanser kontro-
lünü gevşetmekte ilâç alınmasını kısmende olsa inkıtaâ uğratmaktadır.
İşaret ettiğimiz gibi neticeleri bölge içi şehirde oturan, dispanserlere ve
kontrollara muntazam gelen ve hastalıklarının tedavisinde sosyal du-
rumlarına göre tenvir edilip ilâç yardımı yapılan hastalarımıza aittir.
Zira fonksiyonu zayıf dispanserlerin tesadüfi geliş gösteren hastaların-
da bu neticeler alınmaz hattâ dispanserler iyi fonksiyonlu olsalar da-
hi hastanın gayri muntazam geliş ve gayri muntazam tedavi görüşü
kötü neticeler verecektir. Misâl olarak arzederizki; Ankara'da Dr. Nus-
ret Karasu, Dr. Cahit Başkök ve Dr. Orhan Öger'in Ankara ilçe ve köy-
lerinden Ankara dispanserlerine gayri muntazam müracaat eden 1972
hastadaki anket neticeleri bunu teyit edecektir.

Mektup (Anket) yazılabilen	Cevap veren	Ölen	Hâlen hastahane- veya yatmış	Hiç tedavi görmemiş
3868 kişi	1972 kişi % 51	575 % 29	342 % 17	475 % 24

Ayakta tabi takipte	İyi olduğunu ifade ediyor.
393 % 19,9	187 % 9

NETİCE :

Çalışmalarımızdan edindiğimiz kanaata göre tüberküloz tedavisi fay-
dalıdır, yalnız bu iş bazı şartlara tabidir.

Faydası :

- 1 — Ev tedavisi memlekette kâfi yatak olsa ve her hasta yatırıl-
mak imkânına sahip olsa dahi zaruridir. Zira hastahanedan çıktıktan
sonrada hasta kontrol ve tedaviye muhtaçtır.
- 2 — Ev tedavisi hastahane tedavisinden daha ucuzdur.
- 3 — a) Hasta muhitinin kontrolü de imkân dahiline girer.
b) Aileye icabında yardım mümkün olur.
- 4 — Mevcut yataklar daha değerlenir ve bilhassa ameliyat için
yatırılan hastalardan kısa zamanda netice alınır.

Şartlar :

- 1 — Ev tedavisi için iyi teçhiz edilmiş dispanser lâzımdır.
- 2 — İlâç fakir hastalara parasız verilmelidir.
- 3 — Hastahanelere yatırma fonksiyonu dispansere ait olmalıdır.
- 4 — a) Yataklar; evde kontrolü kabil olamayacak hastalara,
b) Cerrahi vak'alara hasredilmelidir.

LİTERATÜR

- 1 — Blonquist : Bulletin N. T. A. March 1956.
- 2 — A. Levi-Vadensi et C Molina. : Effets cliniques et epidemiologiques de la
chimiotherapie ambulatoire dans la tuberculose pulmonaire 14. Int. Tbc. Conf.,
New - Delhi 1/1/1957, Bull. Un. Int. Contre Tbc 26, 424 - 436.
- 3 — J. Grevesen and F. Hagn Meineke. : Ambulatory chemotherapy in pulmonary
Tuberculosis. 14. Internal. Tbc. Conf. New - Delhi 7, 11/1/1957
- 4 — Tatsure Iwasaki. : Clinical and epidemiological results of ambulatory chemot-
herapy in pulmonary tuberculosis.

- 5 — Robert Venator. : Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie ambulatoire dans la tuberculose pulmonaire. Bull. Union Internat. Contre Tbc. 26, 485 - 500 (1956).
- 6 — J. Lundquist. : Klinische und epidemiologische Ergebnisse der ambulanten Chemotherapie der Lungentuberkulose. Bull. Union internat. Contre Tbc. 26, 530 - 534 (1956).
- 7 — B. K. Sikand and S. P. Pamra. : Clinical and epidemiological results of chemotherapy in domiciliary treatment of pulmonary tuberculosis. Bull. Union Internat. Contre Tbc. 26, 437 - 460 (1956).
- 8 — Bundy M. Martin G. ets. : Amer rew of tuberculosis. No. 3, P 68 (1956).
- 9 — Tyrrell, W. : Lancet No. 6927 (1956) 8 el.

—oO—

TÜBERKÜLOZDA EV TEDAVİSİ VE AMBULATUVAR TEDAVİ [*]

Dr. Zülfü Sami ÖZGEN
Dr. Haydar AKSÜĞÜR
Dr. Ali Galip SOYLU
Dr. Moiz BERKER

Memleketimizin bir numaralı sosyal hastalığı olan tüberkülozun ortadan kaldırılması mevzuunda hükümet ve milletçe girişilmiş olan mücadeleden muvaffak olması mevzuunda bugüne kadar toplanmış olan birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü Türk Tüberküloz kongreleri ile verem istişare komisyonları, mahallî Verem Savaş Derneklerinin ve Ulusal Verem Savaşı Derneğinin kongreleri ön dâva olarak daima bu konuyu ele almışlar ve dispanserler, göğüs hastalıkları hastahaneleri, sanatoryomlar, prevantoryomlar ve rehabilitasyon merkezleri ile bu tesislere düşen vazifelerin nelerden ibaret olduğunu ve yine bu tesislerin en randımanlı bir şekilde çalışmaları için ne tarzda koordine edilmeleri icab ettiğini tetkik ederek verimli olacağına inandıkları kararlara vararak bunların tatbikatına geçmişlerdir.

Bugüne kadar tatbikattan elde edilen neticelere dayanarak, denilebilir ki verem mücadelesi, her türlü kanunî, malî ve icraî kuvveti elinde bulunduran hükümetimizin, diğer tabiri ile Sıhhat ve İctimaî Muavenet

[*] Heybeliada Sanatoryomu çalışmalarından.

Vekâletimizin ana mevzularından biri olarak devam etmektedir. Nitekim, Vekâletimiz bugüne kadar açtığı B. C. G. kampanyaları ile milyonlarca vatandaşı aşılamış, onbinin üzerine çıkmış bulunan verem yataklarının tesisi gibi pek isabetli hareketler sayesinde muvaffakiyet yolunda büyük merhaleler katetmiş bulunmakla beraber verem problemi yine de ortada önemli bir dâva olmakta devam etmektedir.

Bir zamanlar yurdumuz için mühlik birer âfet olan sıtma, frengi, trahom gibi hastalıklar hükümetimizin rasyonel çalışmaları sayesinde hemen hemen ortadan kalkmış bulunmaktadır. Kanaatımızca, tamamiyle mikrobik ve bulaşıcı bir hastalık olan tüberküloz için de, intan menbaı olan açık veremlilerin aranıp bulunmaları ve etrafındakilere zarar vermiyecek surette verem tedavi müesseselerine alınmaları, bundan sonra da malûliyetleri ile mütenasip yeni bir iş sahibi kılınmaları yolundaki tertibin hükümet otorite ve imkânlarının ışığı altında, organize edilmesi en randımanlı neticeyi verecektir.

İşte bu maksatla kurulmuş tesisler olan dispanserler, hastane, sanatoryum ve prevantoryomlarla rehabilitasyon merkezlerinin hususiyetleri gözönünde tutularak ihtiyaca en uygun ve tatbikatta en randımanlı neticeyi verecek ve temin edecek şekilde talimatnamelerinin Sıhhat ve İctimaî Muavenet Vekâletimizce, bu mevzuda ihtisas sahibi hekimlerimizin de mütalâası alınarak, yeniden revizyona tâbi tutulmasının uygun olacağı mütalâasındayız.

Bu münasebetle Vekâletimizin pek yerinde aldığı bir kararın çok randımanlı neticeler vermiş olduğunu söylemek isteriz. Vekâletimizin Ankara'da Atatürk, İstanbul'da Heybeliada sanatoryomlarının mütehasıs konseylerinin göğüs hastalıkları arasında tefrik yaparak istifade edecekleri sanatoryoma kabul etmelerine, diğerlerinin göğüs hastalıkları hastahanelerine yatırılmasına müsaade etmiş olmakla müesseselerimizin çok daha verimli bir şekilde çalışmasına imkân bahsetmiştir. Bu misalden de ilham alarak demek istiyoruz ki, gerek cemiyetlere ait, gerek iktisadî devlet teşekküllerine bağlı ve nihayât bizzat vekâletimiz dispanser, hastahane, sanatoryom ve diğer tesislerinin talimatnamelerinin Sıhhat ve İctimaî Muavenet Vekâletimizce tanzimi ve bu suretle mücadelenin bir elden idare edilmesi randıman bakımından çok faydalı olacaktır. Muhtelif verem tesisleri arasında iş taksimi ne şekilde yapılmalıdır ?

Dispanserler :

Dispanserler, her halükârda koruyucu tesisler olarak vazife görmelidirler. Esasen bütün dünyada da dispanserlerin faaliyet mevzuu, geniş halk kitlelerini taryarak veremli hastaları tesbit etmek, B. C. G. koru-

yucu verem aşısını lüzum görülenlere geniş ölçüde tatbik etmek, sosyal hemşire kadrolarını faaliyete geçirerek ev ziyaretlerini yapmak ve nihayet verem tedavi müesseselerinden ayrılanları bilfiil yakından takip etmek ve hastahanelerce etrafına zarar vermeyecek hale getirilerek çıkarılmış olan hastaları evlerinde takip ederek tedavilerini murakabe ve temin etmekten ibarettir. Dispanserlerin basil sağan açık veremlileri evlerinde tedavi etmeleri, bu gibilerle sağlamların bulaşmasına mâni olunamayacağından yeni vak'aların artmasına sebebiyet verilecektir. Dispanserler bu tedavi vazifesini bugün için mecburen görmekte iseler de teşkilât olarak bu hale en kısa bir zamanda mâni olacak tedbirleri almak, yani bu şekilde çalışmak mecburiyetinde olan dispanserlerin bulunduğu yerlerde veya civarında verem hastahaneleri açmak suretiyle kendilerinden basil sağan açık veremlilerin tedavisi ile meşgul olmak görevinin kaldırılması lâzımdır. Bu arada bazı vilâyet merkezlerimizdeki verem hastahane ve pavyonlarında boş yatak bulunmakta iken bir kısım açık veremliler mahallî dispanserlerce evlerinde tedavi edilmeğe çalışılmaktadır, bu hatalı bir harekettir. Kanaatımızca halen elimizde mevcut onbin verem yatağının tam randımanla çalışması için dispanserlerle bu tesislerin aralarında devamlı muhabere ve münasebet kurmaları suretiyle birgün dahi tek boş yatak bırakmayacak şekilde tertip almaları lâzımdır. Bu arada hastaların hususiyetine göre kendilerinin verem hastahanesi, sanatoryom, prevantoryom veya rehabilitasyon merkezlerine yerleştirilmeleri veyahutta dispanser camiasında ibka edilmeleri yolunda bir tertibe gidilmekle bulaşma problemi geniş mikyasta azalmış olacaktır.

Bu münasebetle şimyopprofilaksiyle ev tedavisinden de bahsetmek yerinde olur. Dünya Sağlık Teşkilâtına bağlı bir komitenin geri kalmış memleketlerde bilhassa intanla münasebeti bulunan çocuklara izoniazid vererek bu antibakteriyele karşı mukavim basil suşları meydana getirmek ve bu çeşit basillerin de vürûlanlarının çok az oluşu bakımından veremle mücadelede pek faydalı bir durumun husule geldiği esasına dayanan şimyopprofilaksi, son zamanlarda selâhiyetli otoriterlerin araştırmaları neticesinde beklenen neticeyi veremeyecek gibi görülmektedir. Netekim, Pastör Enstitüsü tüberküloz seksiyonu direktörlerinden Noël Ristin araştırmaları, izoniazide mukavim basil suşlarının zannedildiği gibi az virülen olmadığı ve bu çeşit basillerin bilâkis patojenitesini muhafaza etmekte bulunduğu ve böyle bir suşla vuku bulacak enfeksiyon takdirinde de üstelik izoniazid gibi faydalı bir antibiyotikten mahrum kalmamak tehlikesinin de mevcut olduğunu ortaya koymuştur. Bu konu önümüzdeki Eylül ayında İstanbul'da toplanacak XV inci beynelmîl tüberküloz konferansında etraflıca tetkik edilecektir. Bu cihetle ev teda-

visinde, şimyopprofilaksi, bugün için hiç olmazsa şüphe ile karşılanılması icap eden bir mücadele vasıtasıdır.

Ev tedavisi şimdi arzedeceğimiz sebepler dolayısıyla memleketimiz için çok verimli olmayacak gibi görülmektedir. Açık veremli bir hastanın evinde tedavi edilebilmesi ve etrafına zarar vermemesi için her şeyden evvel ev şartlarının müsait olması lâzımdır. Bu mevzuda bir kanaat edinmek maksadı ile sanatoryomumuz hastalarından 1141 hasta arasından yaptığımız ankettten (ankete doğru cevap verdiğine kanaat getirdiğimiz) 798 kişilik bir gurub hastadan aldığımız şu neticeleri sayın hey'etinize arz etmek isteriz.

A. Hastaların maddî durumları : Bu grubun % 58 ini fakirler ve % 28,3 ünü orta halliler teşkil etmektedir. Şu hale göre iyi durumda bir hastaya mukabil 4 hasta kendisini tedavi ettirmek imkânından mahrumdur.

B. 751 veremli aileden mürekkep bir gurup hastadan % 17,4 nün aile efradı ile birlikte tek göz odada yatıp kalkmakta, % 29,4 nün ise iki göz odada oturdukları ve bu suretle de anketedahlil ailelerden yarısı kadarının tecrit bakımından iskân şartının müsait olmadığı neticesine varılmıştır.

C. Hastaların birlikte yaşadıkları insan adedi ile çocuklarla olan münasebetine gelince : Veremli ailelerin % 46,8 inin aile efradının 4 de kadar olup % 63,2 sinin aile efradı adedinin beş kişiden fazla olduğu ve fakirlerin nüfusunun daha fazla bulunduğu tesbit edilmiştir. Bu arada % 44,2 sinin yatak odalarında sağlamlarla birlikte yatmak mecburiyetinde olduğu anlaşılmıştır. Bu ailelerin % 55,8 nün iki seneden fazla zamandan beri gayri müsait iskân şartları altında sağlamlarla birlikte yaşadıkları anlaşılmış % 55,6 sının evinde çocuk bulunduğu ve çocuklardan % 13,9 nun iki yaşında % 22,1 nin 3-5 yaşında olduğu öğrenilmiştir. % 69,4 hastanın ise evinde krasuvar kullanmadığı ve tabak, bardak, çatal, bıçak gibi zatî eşyalarını kaynatmamak gibi korunma tedbirlerine riayet etmedikleri anlaşılmıştır.

Şu ufak anket, velev muhtasar da olsa, bizde dispanserlerin ev tedavisinde bulaşmaya mâni olmadan muvaffakiyet temin etmelerinin pek mümkün olamayacağı intibamı uyandırmaktadır. Hastahane disiplininin evde kurulmasının imkânsızlığına da işaret etmek isteriz. Diğer taraftan son senelerde kullanılan tesirli antibakteriyellerin yardımı ve mücadelenin muvaffakiyeti olarak verem ölüm nisbetinin azalmış olmasına mukabil basilli hastaların bulaşmaya sebebiyet vermesi yüzünden musabiyetin aynı derecede düşmediğini tahmin etmekteyiz. Bu mevzuda bir

fikir vermek için İstanbul Verem Savaşı Derneğinin 1957 senesi faaliyet raporunu tetkik edersek 1945 senesinde veremden ölüm nisbeti yüzbinde 314 olmasına mukabil 1957 senesinde bu miktarın 50 rakkamına düştüğünü görürüz. Veremden ölümün bu kadar azalmış bulunması şeklindeki mes'ut neticeye mukabil aynı yıl içerisinde İstanbul Verem Savaş Derneği dispanserlerine muayene olmak üzere müracaat eden 195.272 kişi arasında 5054 yeni veremli bulunduğu şahit olmaktadır ki, bu rakamı yüzbine nisbet edersek, musabiyetin üzerinde durulacak ciddi bir problem olduğu kendiliğinden ortaya çıkar.

Bu arada ev tedavisinin muvaffakiyet derecesi üzerine tesir eden faktörlerden birisi de sosyal hemşire mevzuudur. İleri garp memleketlerinde meselâ İngiltere'nin elli milyon civarındaki nüfusuna mukabil tahminen 43 bin hemşiresi vardır. İngilizler bu miktarın da kifayet etmediğini iddia etmektedirler. Bizde ise sosyal hemşire mektebinden mezun 120 hemşirenin halen 39 tanesi b uvazifede çalışmaktadır. Her nekadark Vekâletimize bağlı hemşire mektepleri ile Kızılay ve Verem Savaş Derneklerine ait hemşire mektepleri muntazaman mezun vermekte iseler de mevcut hemşiremiz ihtiyaca kifayet etmekten uzak bulunmaktadır. Şayanı şükrandır ki, Hükümetimizin aldığı ciddi tedbirler sayısında bu kere ihdas olunan hemşire yardımcı kurslarına ilk okulu bitirmiş kızlarımızın alınması ve birbuçuk senelik tedris devresinden sonra kütle halinde verilen mezunlarla büyük bir boşluk kapatılmakta bulunmuştur. Bu kurslardan sanatoryumumuzda 50 yataklı nevima okul gibi çalışan bir tesis mevcuttur. Bu tesislerin artırılmasına gayret sarfeden Vekâletimiz çalışmalarını takdirle karşılamaktayız. Buralardan mezun olan kızlarımızın daha üstün tekamül kurslarından geçirilmeleri suretiyle rzu edilen evsafa hemşire yetiştirilmesini de mümkün görmekteyiz.

İşte yukardan beri arz ettiğimiz sebeplere dayanarak ev tedavisinin pek güç olan tatbikatının bugünün şartları içinde dispanserler manzumesinde mütalaâsının, muvaffakiyet çerçevesi hududu dışında kalacağını düşünmekte ve bu münasebetle de dispanserlerimizin veremin koruyucu tesisleri olarak vazife görmekte devam etmelerinin lüzumlu bulunduğunu ve mecburen yapmakta oldukları tedavi konusundaki meşguliyetlerinden kurtarılmaları için hükümetimizce yatak adedinin artırılması mevzuunda alınmış olan kararın isabetine bir deha daha işaret ederek sözlerimizi verem tedvi müesseselerine naklediyoruz.

2 — Verem hastahaneleri : Bu mevzuda pek isabetli hareketleri ile muvaffakiyet yolunda bir hayli merhale katetmiş olan Sıhhat ve İçtimai Mücavenet Vekâletimizin yakın bir mazide adetleri ikibin civarında olan verem yataklarını halen 10 binin üzerine çıkarmış bulunmasını ve yakın

bir gelecekte de bu miktarın 20 bine varacağı yolundaki haberlerini büyük bir memnuniyetle almış bulunmaktayız.

Yukarıdanberi arzettiğimiz gibi intanı, bulagıcı ve mikrobik bir hastalık olan veremin sirayetine mâni olmak için basil sağan açık veremlileri her halükârda hastahanelere yatırarak tedavileri yoluna gitmek en emin mücadele şeklidir. Esasen ileri garp memleketlerinde de daima bu yola gidilmiştir. İngiltere gibi geniş dispanser ve sosyal hemşire teşkilâtı bulunan memleketlerde dahi verem yatakları daima ihtiyacın üstünde bir miktar olarak elde tutulmakta, basilli hastaların umumiyetle bu hastahanelerde tecrit ve tedavilerine çalışılmaktadır. Bu cihetle Vekâletimizin gerek kendi imkânları, gerek İşçi Sigortaları, gerek D. D. Yolları, P. T. T. İdareleri vesaire gibi iktisadî devlet teşekkülleri ve nihayet askerî birliklere ait verem tedavi müessesesi ve hastahanelerinin yatak miktarını artırmak mevzuundaki gayret ve kararını, tehlikeyi ve sebebini şumulu ile kavramış olmasını izah ederek büyük memnunluk duymaktayız. Bu arada hususî teşebbüs sahiplerine de kolaylıkla arsa, inşaat malzemesi temini, verem yatakları kuran hastahane sabiplerine vergi kolaylıkları göstermek gibi hükümetimizce ittihaz edilmesi mümkün kararlar sayesinde yatak adetlerinde birdenbire büyük bir artış beklemek yerinde olur. Halen miktarı 300 bin civarında olan verem hastalarımızdan tahminen senede 30 bin kadarmı kaybettiğimizi düşünürsek verem tedavi müesseselerindeki yatak adedinin artırılması mevzuundaki acelenin nekadark yerinde olduğu kendiliğinden ortaya çıkar. Verem hastahanelerinin nerelere kurulması mevzuuna gelince : Bu hususta vatandaşlarımızın Ankara, İzmir ve İstanbul gibi büyük merkezlere vâki müracaatlarını bir dereceye kadar gözönünde tutmak mecburiyeti ile karşılaşmaktayız. Nitekim, halen İstanbul'da Vekâletimize bağlı Heybeliada Sanatoryumu ile Yedikule ve Haydarpaşa ve Koşuyolu verem hastahanelerinde mevcut tahminen 1350 yatak âmme sektörüne dahil bulunmaktadır. İstanbuldaki diğer verem yataklarının büyük bir kısmı İşçi Sigortaları ile Üniversite, P.T.T., D.D. Yolları Askerî fabrikalar, Emniyet teşkilâtı, Belediye, Verem Savaş Derneği ve hususî eşhas ile nihayet doğrudan doğruya askerî birliklere ait olduğu ve bilnetice sivil halkın müracaat edeceği yatakları yukarıda arzettiğimiz Vekâletimiz hastahanelerinden ibaret bulunduğu anlaşılır. Anadoludaki vatandaşlarımızın İstanbul ve diğer büyük merkezlere vâki müracaatlarını reddetmek kabül olmayacağına göre kendilerinin tedavilerine imkân vermek üzere İstanbul'da ve diğer büyük merkezlerdeki yatak miktarını artırmak mecburiyeti kendiliğinden ortaya çıkmış bulunmaktadır. Esasen bu hadise diğer garb memleketlerinde de böyle olmaktadır. Nitekim 4 milyon nüfuslu Roma şehrindeki yalnız Forlanini Enstitüsünün yatak adedi 3 bin civarındadır. Bu cihetle gerek malzeme, gerek personel bakımından da-

ha fazla imkânlarla sahip bulunan büyük merkezlere vâki hasta akını her yerde olduğu gibi bizde de durdurmak kabil olmayacağına göre yeni açılacak verem hastahanelerimizi de muayyen bir nisbet dahilinde ve mülacaatın miktarını da gözönünde tutarak kısmen taşra vilâyetlerimizde ve kısmen de Ankara, İstanbul, İzmir gibi büyük merkezlerimizde tesis etmek mecburiyetinde bulunmaktayız. Bu arada verem hastahanelerinde yatacak hastalarla deniz, kara ve dağ ikliminde tedavi edilecek verimlilerin hususiyetlerini ve randımana tesir edecek faktörleri gözönünde tutarak hastahane ve (sanatoryumların) mutlak surette koordinasyonunu temin edecek tedbirleri almak lâzımdır. Meselâ ; İstanbul'daki bir verem tedavi müessesesindeki hastanın lezyonunun hususiyetine göre şayet bir verem hastahanesinde veya sanatoryomda veyahutta, taşralı ise, memleketindeki verem hastahanesinde tedavide kalması icap ediyorsa müessesese hekim ve konseylerinin bu mevzuda ittihaz edecekleri kararları en münasip şekilde hastayı da ikna ederek tatbik etmeleri ve bu suretle de hasta nakil ve mübadelelerini temin eylemelerini ve muhtaç hastaların bir merkezden diğer bir müesseseye sevki esnasındaki seyahat masrafı vesaire gibi hususların da mahallî belediyeler veya hususî muhasebelerce temini sureti ile elde mevcut yatakları en verimli bir şekilde çalıştırma yoluna gitmek icap eder. Bu suretle de meselâ ameliyat olarak veyahutta 3-5 aylık antibakteriyel ve kür tedavisi ile şifaya kavuşmak durumunda bulunan bir hastanın sanatoryom yerine imkânları daha mahdut olan bir verem hastahanesinde, veyahutta tesisat ve teçhizatı daha müsait olan bir verem yerine daha az imkânlarla sahip bulunan başka bir verem hastahanesinde kalmasının önüne geçmek icap eder.

İşte bu mülâhaza iledir ki, yurdun her tarafındaki dispanser, verem hastahanesi, sanatoryum, prevantoryum ve rehabilitasyon merkezlerinin yekdiğeri ile gayet sıkı bir münasebet ve muhabere temin ederek verimli vatandaşları takip ve en randımanlı yoldan netice almalarını imkân dahiline sokacak teşkilâtı kurmak ve geliştirmek lâzımdır.

—oOo—

TÜRKİYE'DE VEREM MÜCADELESİNİN HALİHAZIR DURUMU NASILDIR, NASIL OLMALIDIR ? [*]

Dr. Nemika Kileci MÜRSELOĞLU
Dr. Ali Mustafa AKDEMİR

Türkiye'de verem mücadele teşkilâtının esasları kurulmuştur, fakat henüz memleketimizin hususî şartlarına ve gelişen tüberküloz tedavisine göre düzenlenmesi icap eden bazı tarafları mevcuttur.

Mücadelenin halihazır durumunu şöylece şematize edebiliriz :

1 — Koruyucu tedbirler :

a — tecrit, b — aşılama, c — rutin radyolojik araştırma,

2 — Sağlayıcı çareler :

a — Dispanserler, b — prevantoryomlar, c — sanatoryomlar, d — verem hastaneleri.

Üçüncü Türk Tüberküloz kongresindeki tebliğimizde mufassalan arzettiğimiz gibi yurdumuzun muhtelif muntakalarında bu esaslar dahilinde faaliyet gören cemiyet ve müesseseler mevcuttur.

Mücadelede çok kıymetli hizmetler gören müesseselerin başında dispanserler gelmektedir. Bu sebeple fazla enfekte olan mahallerden başlamak üzere kâfi sayıda dispanser açılması cidden lüzumlu bir keyfiyettir, fakat dispanserlerin mahdut olan mesai saatlerini tedaviye hasretmesi doğru değildir ; zira tüberküloz gibi ambülâtuar tedaviden pek de faydalanmayacak bir hastalıkta mühim bir netice alınamayacağı gibi, dispanserlerden beklenen esas vazifenin de aksamasına sebep olabilir. Dispanserleri her hangi bir muntaka da tüberküloz vaziyetinin tesbitine ve hastahân vüs'atini tanımaya müsaade edecek ve buna hangi unsurların âmil olduğunu gösterecek testlerin tatbiki, sistematik seri kitle radyografisi ve laboratuvar araştırmaları gibi hususlarla meşgul olmaları daha faydalıdır. Bu gün hakikaten kendilerine düşen bu vazifeleri iktidariyetin fevkinde bir gayretle başarmaya çalışmaktadırlar. Nitekim halk da dispanserlere karşı alâkanın gündengüne artması ve tüberkülozun mahiyeti hakkında daha uyanık bulunmaları hep bu müesseseler sayesinde. Fakat dispanserlerin bu vazifeleri başarmaları devletten görecekları maddî, manevî yardıma, halkın alâkasına, çalışan per-

[*] Yedikule Göğüs Hastahânı Hastanesi.

sonelîm liyakatine ve nihayet maddî yardım imkânlarını sağlayacak geniş gelir kaynaklarına bağlıdır.

Dispanserlerde hasta olduğu anlaşılan kimselere yalnız siz veremlisiniz demek kâfi değildir. Depiste edeceğimiz hastaları tecrit ve tedavi edemiyeceksek bu iyilikten ziyade fenalık tevhit eder. Bu bakımdan veremle mücadelenin diğer mühim unsurları sanatoryom ve hastahanelerdir. Memleketimizde umumî verem yatak adedi 1950 de 3456 iken halen ancak 3 misline yükselmiştir. Buna mukabil veremli hasta adedi 1953 te 108.784 iken 1955 de 197.105 olmuştur. Bunlardan hastaaneye kabul edilebilenler 1953 de 23.296 iken 1955 te ancak 32.325 tir. Müşahedelerimiz göstermektedir ki vefat azalmakla beraber musabiyet artmaktadır ve biz bu hastaları tam mânasıyla tecrit imkânlarından mahrum kaldıkça bulaşmanın önüne geçmiye imkân yoktur. Nitekim İstanbul Verem Mücadele Dispanserlerinin 1957 yılında ziyaret ettiği 18.886 aileden (80.230 nüfus) 19.331 kişinin tüberkülozlu olduğu yani ziyaret edilenlerin 1/4 ünün müsap bulunduğu anlaşılmıştır.

Hastalığın artışı ile yatak adedinin azlığı arasındaki bu nisbetsizlik tedaviyi muvaffakiyetsizlik tedaviyi muvaffakiyetsizlikle neticelendirdiği gibi bazı verem mücadele prensiplerine uymayan kaidelerin konulmasına da sebep olmuştur. Meselâ kısa müddet kaydı ile 15 gün için yatırılan hastaların büyük bir kısmı değil 15 gün, 15 ayda düzelemeyecek kadar ilerlemiş tüberküloza müptelâ olan kanamalı, dispineyk hastalardır. Nitekim 1958 senesinin 11 ayı zarfında âcilen ve kısa müddet kaydı ile yatırılan hastaların adedi 607 kişi olup (hastanemizde) bunun 583 u çok ilerlemiş durumda hastalardır. Bir kısmı vefat etmiş, büyük bir ekseriyeti de şöyle, düzelir düzelmez kısa müddet kaydı ile yatırıldığı için yine fenalaşmaları ve atraflarını enfekte etmeleri pahasına taburcu edilmişlerdir. Ne tedavi ne de tecrit bakımından hiç bir işe yaramıyan bu usulün tashihine lüzum vardır kanaatindeyiz.

Kabul edilen ikinci yatış usulü sıradır. Müesseseye kabul edilecek üç dört ay, bazan daha da fazla sıra beklemeye mecburdur. Bu müddet zarfında hastalığı ilerlediği, gayri kabili tedavi bir hale geldiği gibi hastanın maneviyatı bozulmakta, ayrıca etrafındakileri de enfekte etmektedir. Sırası gelen hasta müesseseye 3 ay için kabul edilir, lüzumunda 1 - 2 ay temdidî kabildir fakat bu günkü tedavi prensiplerine göre bu müddet bir veriminin iyi olabilmesi için çok azdır. Hastaneye yatırılıp tetkik ve muayeneleri bittikten sonra tedavisine başlanan hasta çok defa tatmin edici bir netice alınmadan basilifer olarak taburcu edilmekte ve sonra binbir müşkülâtla başka bir müesseseye yatabilmek imkânlarını aramaya mecbur kalmaktadır. Bu suretle etrafı bulaştırır, yeniden sıra bekleyiş, yeniden tetkik ve gayri kâfi tedavi derken emek, zaman,

masraf ve hayat kaybından başka bir şey olmıyan bir sirkülasyon devam edip gitmektedir. Hastanemizde 500 hasta üzerinde yaptığımız istatistiğe göre bu hastalar arasında 9-10 defa hastaneye yatanlar olduğu gibi 4-5 defa yatanlar bilhassa ekseriyettir. Burada aşikâr olarak görülüyor ki, bir hasta muhtelif fasılalarla 4 defa 3 ay yatmakla esasen 1 seneyi müesseselerde geçirmekte fakat bu fasıllı ve değişik müesseselerde olduğu için netice tatminkâr olmaktan çok uzaktır. Hastanemizde 1958 senesinde basilli yatıp da basilsiz çıkanlar % 12,8 dir. Halbuki aynı şahıs, aynı müessesede aynı hekimin nezaret ve kontrolünde devamlı olarak lüzumlu ise 1 sene kalabilse hem hasta hem hekim için çok daha tatminkâr olabilir. Zira, içtimai durumu, hastalığı malûm bir hastanın bu vaziyeti feragatle çalışan tüberküloz hekiminin izdrabını her-

Şu halde mücadelenin esaslarını şöylece şematize edebiliriz :

Şu halde mücadelenin esaslarını şöyle şematize edebiliriz :

1 — Tüberküloz mücadelesi, sıtma mücadelesi gibi esash 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 — Sanatoryomlar 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 hususi bir kanun ile mücadelenin esasları kat'i olarak tahdit edilmeli ve tüberküloz sigortası kurulmalıdır.

Ancak bu şartlar dahilinde veremle mücadeleden bir netice beklenilebilir kanaatindeyiz.

**Celse Konusu : Tüberkülozda Ev
Tedavisi ve Ambulâtuvar Tedavi
Münakaşası**

ÜÇÜNCÜ CELSE

Celse Başkanları : Dr. Abdülkadir NOYAN — Dr. Ragıp ÜNER

Celse Kâtipleri : Dr. Celâlettin AYATA — Dr. Hilmi GÜRSES

Dr. Selâhattin AKKAYNAK

1 — Hastane dışı tedaviyi memleketimizde tetkik etmek zorundayız. Sosyal ve ekonomik durumumuz bunu icap ettirmektedir.

2 — Bunu yapacak olanda verem dispanserleridir.

3 — Burada en mühim mahzur İsoniazide karşı rezistans teşekkülü meselesidir.

İsoniazide rezistans teşekkül eden suşlar virülanslarını kaybetmektedirler. Dr. Aral Gürsel bu hususu tebarüz ettirdiler. Ayrıca İsoniazide karşı spontan rezistansın 1952 ile 1958 arasında değişmemiş olmasında bu basillerde virülans kaybına delâlet eder.

Böylece hastane dışı tedaviye devam ve tatbik zarureti aşikârdır. Ancak bunu individualize etmek, hastanın sosyal, ekonomik şartlarına ve hastalığın derecesine göre ayarlanmalıdır.

—oOo—

Dr. Celâl ERTÜĞ

Tüberkülozda ambulator ve ev tedavisi mevzularını bir birinden ayırmak lazımdır. Ambulator tedavi antibakteriyel tedaviye işine gücüne devam ederek tabi tutulan hastalardır, ev tedavisi ise ev şartları kültürü müsait hastalarda yatak tedavisine evde devamdır.

Tüberküloz mücadelesi birbirine girmiş halkalardan müteşekkil bir zincirdir. Bu halkalar ev tedavisi, hastane tedavisi depistaj, B.C.G. gi-

bi birbirinden ayrı faktörlerden ibarettir iyi mücadele ancak bu halkaların tam olması ile kabildir.

Memleketimizin nüfusunun % 85 köylüdür. Bu nüfus izole topluluklar halinde yaşıyor demektir, yol, ev ve ekonomik şartlar müsait olduğu takdirde eve, hastanın ayağına gitmek yolundan istifade edilebilir, fakat bu köyler için kabil tatbik değildir.

Hülâsa, ev tedavisinden (ayak tedavisi değil) şehirlerde istifade edilebilir.

—oOo—

Dr. Orhan ÖGER

Dispanserlerin ambulatuvar tedavi yapmamasını ve tüberküloz tedavisinin sadece hastahanelerde yapılmasını söyleyen meslekdaşlar bilhassa klinisyen arkadaşlardır.

Fakat biz bu klinizyen arkadaşların yatırdıkları vak'alarda sonradan ambulatuvar olarak tedavi etmekteyiz, zira hastaların ekserisi hastahanedan açık vakalar olarak taburcu edilmektedir ve bunlarla sonradan tekrar biz meşgul olmaktadır. Hastahaneyi de kapalı olarak terkeden vakalar eğer dispanser kontrolüne gelirse netice iyi olmakta eğer gelmezlerse, bunların işlerine başlamaları dolayısıyla hastahaları tekrar aktif hale gelmektedir.

—oOo—

Dr. Zülfü Sami ÖZGEN

Izoniazidin simyoproflaksi de kullanılması mevzuunda nihai kararın önümüzdeki XV inci beynelmilel tüberküloz kongresinde münakaşa edilerek bir karara varılacağını ümit etmekteyiz.

Dispanser ve hastahanelerin koordine bir şekilde çalışması lâzımdır. Dispanserler muntakalarındaki verem hastahanelerinde boş yatak varken basil çıkaran bir açık veremliyi evinde tedaviye çalışmamalı, verem hastahaneleri ve sanatoryumlarında kendi bünye ve hususiyetine göre hastaları kabul ve tedavi etmektedirler.

Bu maksatlarda her bir tesis için vazih ifadeleri ihtiva eden talimatnameler kaleme alınmalıdır.

Dr. Aksüğü HAYDAR

Ambulatuvar tedavi hakkında verilen rakamlar hakikaten çok iyi neticelerdir. Ankara Verem Savaş Dispanserleri bu neticeyi % 60, bu neticeye kadar yükseltmiş Bursa ise % 70 şifaya kadar yükseltmiştir, halbuki tedavisi hastanede başlayıp hastahanedan biten işçi sigortalarının neticeleri bile bu kadar yüksek bir iyilik göstermemektedir. O halde, burada telâkki farkı vardır şifa kanaati hangi hallerde hasıl olmaktadır sonra bu şifa kabul edilen vakaların uzak âkibeti nedir?

Dispanserin ambulatuvar tedavisi fonksiyonu inkâr edilemez, memlekette 300 - 400 bin hasta olduğu söylenmektedir. Bunun büyük bir kısmı kroniktir. Tabiatile bunlar kontrolsuz kalmıyacaktır. Bunları dispanserler ambulatuvar olarak takip edeceklerdir. Dispanserlerin ambulatuvar olarak takip edecekleri diğer bir grup hastahanelerde basilsiz ve kavernsiz evlerine dönen hastalardır. Asıl ambulatuvar tedavi bunlarda mevzubahistir. Benim üstünde duracağım mühim nokta ev tedavisidir, dispanserin depistajla bulduğu yeni hastaları eğer muhitlerinde hastahane varken evde yapıyorlarsa bu hatadır, asıl hastaneye yatacak hastalar bunlardır. deniyorki, hasta çok yatak az, eğer yatak adedi 20 bine çıkarsa her yeni hasta 6 ay tedavi edilerek basilsiz ve kavernsiz olarak çıkarılmağa çalışılırsa senede vasati 40 bin hasta yatar, halbuki bugün hastahanelerde kronik hastalar ekseriyeti teşkil eder ve yatıklar bu şekilde bloke edilmektedir, bize bu hastaların ekseriyeti dispanserlerden gelmektedir, dispanserin hastahaneğe yollaması lâzım olan yeni hastayı ev tedavisine alıp, kronikleri yollaması doğru değildir. Bunun düzeltilmesi lâzımdır.

—oOo—

Dr. Abit KÖYMEN

Tevfik Sağlam hocamız mevzua vüzüh verdiler, fakat bu mevzu şimdiye kadar bu şekilde takdim edilmemişti. Biz ideal tedaviyi sanatoryumda yatarak yapılacağına kaniyiz.

Dispanserlerde yalnız mufilaksi değil tedavide şarttır.

İNAH rezistan suşların hepsinin non patogen olduğuna şu andaki bilgilere göre kolay karar vermemelidir.

—oOo—

Ben ambulatuvar tedavinin iyilik ve kötülüklerinden bahsetmiyeceğim. Ben Zülfü Sami beyin İzoniazide rezistan tüberküloz bakterilerinin patojen hastahkları hakkındaki mütalaaları üzerine söz aldım.

Evet İzoniazide rezistan tüberküloz bakterilerinin bir kısım patojen olarak kalmaktadır. Ancak bu pathogeniterazistans derecesile yakinen ilgilidir diyeceğim. Çünkü 5 inci celsede de arz edeceğim veçhile Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsünde yapmış olduğumuz araştırmalara göre: Yalnız (5/cc İzoniazide mukavim tüberküloz mykobakterileri, catalazik aktivitelerini tamamen kaybetmemişlerse kobyalar için patojenlerininide tamamen kaybetmemektedir ve pesajlarla virulanlarını yeni-den kazanabilmektedirler. Bu rezistan 10/cc ye yükseldiğinde ise apatojen suş nispetide artmaktadır. 25 ve 50/cc İzoniazide rezistan suşlarını patojeniteleri ise ancak B.C.G. suşunun patojenitesi kadardır.

Biliyoruz patojenik bakterinin anzimotik sisteminde husule gelen değişikliklerde ilgilidir. Bundan dolayı rezistan olarak bulduğumuz bakterilerde daima Catalazik aktivite ve dehidrokinaz reaksiyonlarında yapılması icap eder.

Lâboratuvarda vaziyet böyle iken, tatbikat sahasında izoniazide rezistan mikobakterilerinin epidemiyolojik değeri nedir?

Missner in Almanyada yapmış olduğu 1200 kâhil ve 90 çocuk üzerindeki bir araştırmasına göre kâhilller arasında spontan izoniazide rezistan bir enfeksiyon bulamamasına mukabil çocuklar arasında 6 adet spontan rezistan bakteri tesbit edebilmiştir. Bunlarla hepsi ancak 0,1 mikrograma mukavim olup Catalazik aktiviteleride müspettir. Bizde Ankara Veremle Savaş Derneğinde yapmış olduğumuz araştırmalara göre izoniazide hassas basil saçanların ailelerinde % 35 nispetinde yeni enfeksiyonlar tespit etmiş olmamıza mukabil izoniazide basil saçanların ailelerinde hiç bir yeni enfeksiyona tesadüf edilememiştir.

Bu da izoniazide rezistan tüberküloz bakterilerinin enfeksiyozite kabiliyetlerini kaybettiğini göstermektedir.

Akciğer tüberkülozunda ambulatuvar tedavi bugün bütün dünyada olduğu gibi memleketimizde de bir realite ve bir zarurettir. Bunu ben-den evvel söz almış bulunan sayın hocalarım ve meslektaşlarım izah ettiler. Onun için ben bu nokta üzerinde durmayacağım.

Memleketimizde ambulatuvar tedavi konusunu, ilk defa Prof. Celâl Ertuğ 1955 yılında menfi bir görüşle ortaya attı. Ertesi sene biz bu konuyu müsbet bir görüşle III. Türk Tüberküloz kongresine getirdik. Kongrede bu konu üzerinde oldukça şiddetli itirazlar oldu. Bu günde dinlediğim bazı tebliğler o vakit itiraz eden meslektaşlarımın durumlarını muhafaza ettiklerini gösteriyor.

Biz Dr. Zeybeker'le birlikte III. Türk tüberküloz kongresine 839 vakanın tetkikine dayanan bir tebliğ getirmiştik. O günden beri ambulatuvar tedaviye tabi tuttuğumuz vakaların sayısı artmıştır. Maalesef bize gönderilen ilk kongre programında bu mevzuun takdim şeklinden sarıh bir fikir edinemediğimiz için huzurunuzda bir tebliğ getirememiş bulunuyoruz. Fakat bugüne kadar bu tedaviyi tatbik ettiğimiz (1229) vakanın neticelerini kısaca huzurunuzda arzedeceğim.

Vakalarımızdan 606 sı Bursa Verem Savaş Derneğinin Muradiye Verem Savaş Dispanseri, 623 ü ise Yıldırım Verem Savaş Dispanseri tarafından takip edilmiştir. Muradiye Verem Savaş Dispanseri bölgesindeki halk, sosyal durumları bakımından hayat standartları orta veya ortaya yakındır. Yıldırım Verem Savaş Dispanseri bölgesinde ise gayet düşük bir yaşama standardı içinde bulunanlar ve bilhassa memlekete henüz yeni gelmiş ve yerleşememiş göçmenler halkın çoğunluğunu teşkil etmektedir. Bu bakımdan alınan neticeler arasındaki fark hastaların yaşama şartlarının ambulatuvar tedvideki rolünü göstermektedir.

**MURADIYE VEREM SAVAŞ DISPANSERİ BÖLGESİNDE
AMBULATUVAR TEDAVİ NETİCELERİ**

Primer Tüberküloz	Posh primer tüberküloz			
	Minimal	Orta derecede ilerlemiş	çok ilerlemiş	Yekûn
Şifa 162 (% 83,4)	38 (% 76)	102 (% 48,1)	41 (% 27,3)	181 (% 43,7)
İleri salâh 16 (% 8,3)	9 (% 18)	29 (% 13,2)	9 (% 6)	47 (% 11,4)
Salâh 5 (% 2,6)	1 (% 2)	22 (% 10,3)	24 (% 16)	47 (% 11,4)
Haliyle 1 (% 0,5)	1 (% 2)	13 (% 6,3)	20 (% 13,3)	34 (% 8,4)
Fenalaşma —	—	6 (% 2,8)	4 (% 2,6)	10 (% 2,4)
Ölüm 6 (% 3,2)	—	24 (% 11,3)	35 (% 23,3)	59 (% 14,3)
Kaybolmuş 4 (% 2,1)	1 (% 2)	16 (% 7,5)	17 (% 11,3)	34 (% 8,4)
Yekûn 194	50	212	150	412

Burada şifa ve ileri salâh nisbetlerini birleştirecek olursak primer tüberkülozda (% 91,6) Posh primer tüberkülozda ise (% 55,1) aşikâr iyileşme bulunduğunu görürüz. Bu nisbetler lezyonlu vakalarda (% 94) e akdar çıkmakta, orta derecede ilerlemiş vakalarda ise (% 61,3) ü bulmaktadır.

Yıldırım Verem Savaş Dispanserinde ise primer tüberkülozda 136 vakada şifa (% 81,1) 22 vakada lezyonlarda ilerleme (% 13) görülmüş. 10 hasta (% 5,9) da vefat etmiştir. Posh primet tüberkülozda ise 66 vakada ileri salâh (% 34,76) görülmüş, 169 vaka ise salâh bularak (% 41,6) stasyonere duruma geçmiş, 15 vakanın lezyonlarında artma (% 3,69) görülmüş. 81 vakada vefat etmiştir (% 19,95)

İki dispanserde alınan neticeler arasındaki farkta yaşama standartlarının rolü olduğu kadar sosyal hayat seviyesi düşük olan Yıldırım Dispanseri bölgesindeki hastaların muntazam tedaviye devam etmemelerinde müessir olmuştur. Çünkü ambulatuvar tedavi ne kadar muntazam ve uzun müddet tatbik edilirse alınan netice o kadar müsbet olur.

Ambulatuvar tedavinin epidemiyolojik neticeleri de dikkate değer. Yıldırım Dispanserinde tedaviden evvel balgamlarında basil müsbet bulunan 225 vakadan 125 inde tedavi sonunda basil kaybolmuştur (% 47). Halbuki altı ay muntazam bir ambulatuvar tedavi gören vakalarımızda bu nisbet % 60 a çıkmaktadır. Ambulatuvar tedaviden klinik ve epi-

demiyolojik bakımdan müsbet neticeler alındığı görülmüyor. Daha muntazam bir şekilde takip edilerek uzun müddet devam ettirmekle ambulatuvar tedaviden alınan müsbet netice nisbetlerinin daha da yükseltilebileceği şüphesizdir.

—oOo—

Dr. Nemika MÜRSELOĞLU

Biraz evvelki maruzatımız yanlış anlaşıldı zannediyorum. Biz ambulatuvar tedavi yapılmasını, dispanserler tedavi ile uğraşmasını demedik ancak memleketimizin bünyesine, hususi şartlarına en uygun mücadele tarzının ne şekilde olması hususundaki kanaatlerimizi belirtmeğe çalıştık. Hali vakti, yaşama şartları müsait kimseler varsın tedavilerini evlerinde yaptırınsınlar. Bunların pek çoğu zaten dispanserlere gitmezler. Dispanserlerin takip zorunda kaldığı hastalar maalesef fakirdir. Bu hasta dispanserden evine döndüğü vakit (9 - 10) nüfus bir arada, bir odada oturmak zorundadır ve ekseriyetini çocukların teşkil ettiği bu aile fertlerinin dispanserin takip ettiği ana ve babalarının sağlığı basillerle enfekte olmamaları imkânsız gibidir. Bunu dispanser hekimliğim esnasında yakından müşahade ettiğim için söylüyorum. Ziyaretçi hemşirenin korunma ve bakım hususunda verdiği tavsiyeler maalesef maddi imkânsızlıklar karşısında tatbik olunamamakta, hasta ve ailesinin bu öğütlere verdiği cevap acı bir tebensümden ibaret kalmaktadır. Sonra bugün dispanserle hastahane arasında maalesef bir koordinasyon mevcut değildir dispanser ayrı, hastahane ayrı çalışmaktadır. Ben şahsen 7 senelik hastahane müteahhışlığım esnasında tedavi ettiğim hasta hakkında malûmat isteyen tek bir dispanser hekimine rastlamadım. Halbuki tedaviye muvaffakiyetle devam için başlangıçta ne gibi şeyler yapıldığını mutlaka bilmek lâzımdır. Kanaatimce: - hastalığı Allah verir, Allahta iyi eder diye düşünenlerin ekseriyette olduğu memleketimizde mücadelenin muvaffakiyeti için en iyi yol dispanserleri ndepistaj vazifesini tam manâsile yapmaya çalışması halkı hastalığın mahiyeti hakkında tenvir etmesi, hastalığı daha başlangıcında yakalamaya çalışarak taze vakaları hastahane ve sanatoryumlara kronikleşmiş vakaları ise tecrithanelere göndermesidir. Hastalara kâfi yatak temin edemeyecek, ailelerine tatminkâr bir maddi yardımda bulunamayacaksa veremle mücadele ediyoruz diye kendimizi aldatıp avutmaktan başka birşey yapamayız. Bugünkü şartlarda evet pek çok şeyler yapılıyor, büyük gayretler sarfediliyor nitekim ölüm nispetinin azalması da bunu ispat etmektedir. Bu gün gerçi hasta ölmüyor, ölmüyor ama maalesef sürünüyor.

Bendenizden evvel söz alan muhterem hocalarım ve kıymetli arkadaşlarım bu konuda düşüncelerini bildirdiler. Bilhassa sayın hocamız Prof. Sağlam artık bu tedaviler hakkında münakaşa bitmiştir buyurdular.

Bendenizde müsaadenizle bir iki noktayı hatırlatmak isterim:

Verem savaşı birbirini tamamlayan bir çok halkalardan yapılmış bir zincire benzetilebilir. Bu zincir içersinde tedavi halkasında, hastane tedavisi, ev tedavisi ve ayaktan tedavi birbirlerini tamamlayan safhalardır. Bu gün tüberkülozlu hastaların ayaktan tedavileri bir zarurettir bir vakiadır. Yalnız fakir memleketlerde değil, zengin memleketlerde de tatbik olunmaktadır. Öyle vaka oluyorki, şahsın sosyal durumu icabı aile hastaneye yatırılmayı arzu etmiyor. O meselâ aile, evlenme çağında bulunan genç bir kızının hastaneye yatırılmasını ve hastalığının duyulmasını arzu etmiyor.

Yakınlarda B. Amerikada yapılan bir istatistiğe göre nüfusları toplamı 7 milyonu bulan şehir, kasaba ve köylerde mevcut veremlilerin % 49 u şu veya bu sebeple hâlen ayaktan tedavi edilmek durumundadır.

Kliniğimizde 1957 - 1958 tarihlerinde tedavilerine sırf ambulatuvar olarak başlanan ve bu şekilde takib edilen vakalarımıza ait müsait neticeleri Türk Tıp Cemiyetinin 10/2/959 tarihli toplantısında bir panel münakaşasında arz etmiştik.

Dispanser fonksiyonu hakkında bir hususa işaret edeceğim. Memleketimizde olduğu gibi, diğer bir çok memleketlerde de dispanser hem depistaj hem profilaksi hem de tedavi müesseseleridir.

Tedavi : profilaksiyi tamamlar. Sözlerimi bitirirken, İsviçreli Gilbert'in ambulatuvar tedavi hakkında bir sözünü hatırlatayım «ambulatuvar tedavi, ev tedavisi hastane tedavisi birbirinin zıddı değil, bir birini tamamlayan tedavi etaplarıdır.»

Ambulatuvar tedavinin ve ev tedavisinin başarılı ve verimli olması için edükasyon saniter meselesinin önemine işaret etmek isterim.

—oOo—

Ev tedavisi ve ambulatuvar tedavi memleketimiz için büyük ehemmiyeti haizdir. Tüberkülozunun bir müessesede yatarak tedavi edilmesinin en iyi ve müessir bir tedavi olduğunda hiç şüphe yoktur. Ancak bizim gibi kâfi derecede verem yatağı olmayan memleketlerde müesseselerde yatmak imkânını bulamayan hastaların dışarda müessese tedavisi kadar olmasa bile, ona bir dereceye kadar yakın şartlar altında tedavi edilmeleri yolunu araştırmak ve onu temin etmek mecburiyeti vardır.

Biz de Dokuz bini vekâlete ait olmak üzere veremliler için 10399 yatak vardır. Vekâletin son bir istatistiğine göre memleketimizde tahmini olarak 250 bin kadar veremli mevcuttur. Vekâletin gaye edindiğini ilân ettiği veçhile yatak sayısının ancak bir misli daha arttırılarak 20 bini çıkarılması muhtemeldir. Bu takdirdede mevcut hastaların nihayet % 10 - 15 ni müesseselerde tedavi etmek imkânını bulacağız. Mütebakisi yani % 80 - 90 nını müessese dışında tedavi etmek mecburiyetindeyiz.

Müessese dışında yapılacak bu tedavide çok mühim bir mevzuyla karşı karşıyayız. Biliyorsunuz ki antibakteriyellerin gelişi güzel kullanılması hastaları tedavi edecek yerde onları mukavim basiller sağan kronikler haline koymaktadır. Bunun esas sebebi de antibakteriyellerle kendilerini iyi hissedenen hastanın iyi olduğunu zannederek ilâca devam etmemesi ancak aktivasyon olduktan sonra hekime başvurmastır.

Ev tedavisi müessese tedavisinden sonra gelen ve az çok ona yakın bir tedavi şeklidir. Müttehassıs bir tedavi takip ve nezaret altında yapılmak şartıyla bu tedaviden iyi neticeler elde edildiğine dair geniş tetkik ve tecrübeler vardır.

Ev tedavisi esas itibariyle bir ihtisas mevzuudur. Verem dispanserleri muntakalarında bulduğu verem hastalarını devamlı nezaret altına almakta ve ziyaretçi hemşiresi vasıtasıyla hasta ve hastanın eviyle daimi temasda bulunmak itibariyle bu tedaviyi en müsait şartlar altında tatbik edecek bir yerdir. Dispanser ve müttehassıs bulunmayan şehirlerimizde pratisyenler tarafından tedavi altına alınacak hastaların muayyen faslalarla bir müttehassısın kontrolüne tabi olması şarttır, hattâ müttehassıs o şehirde bulunmasa bile.

Ambulatuvar tedaviye gelince bu tedavi hastanın müessese ve ev tedavisinin icabettirdiği istirahat kürlerine tabi olmadan, işine ve gücüne devam etmek şartıyla ayaktan tedavi edilmesidir. Ant.bakteriyel-

lerle tedavi son telâkkilere göre aylarca ve senelerce devam etmektedir. Klinik ve bakteriyolojik bakımdan tamamlı kontrol altına alınmış vakalarda ilaç tedavisinin tamamlanması için hastaların uzun müddet müesseselerde yatırılması mümkün değildir. Ve yatırmağada sebep yoktur. Bunların ilaç tedavilerine ayaktan devam edilir.

Buna karşılık faâl bir halde bulunan akciğer tüberkülozuların ayak-tan tedavisine endükasyon yoktur. Bununla beraber çalışmak zorunda olan ve yatamayan hastaların tedavisiz bırakılmaktansa yine de mümkün olduğu kadar disiplin altına alınmak şartıyla istisnâ olarak ayak tedavisine alınmasına ehvenişerh olarak içtimâî bir endükasyon görmek zaruridir.

Halkda tüberkülozun kimyevî tedaviye ayaktan tedavi edilebileceği hakkında bir kanaât yerleşmeğe başlamıştır. Bu yanlış ve zararlı zih-niyeti bertaraf etmek için geniş ölçüde bir sağlık eğitimine ihtiyaç gös-terilmektedir. Bu maksatla bizde de kullanılacak ilaçlar, kullanılma şe-killeri, ve tedavinin devamı hakkında mütehassıs olmayan hekimler-den başlanılmak üzere sağlık personeli ve bilhassa halk için geniş bir eğitim faaliyetine lüzum vardır. Bu sene İstanbulda toplanacak olan XV. Tüberküloz Konferansındaki panellerden birinin mevzuu yeni ko-ruma ve tedavi usulleri ışığında yapılacak sağlık eğitimidir. Şahsen da-hil bulunduğum bu panelde mevzu kompetan bilginler tarafından müza-kere ve münakaşa edilecektir. Konferansın verem tedavisi bakımından büyük bir ehemmiyeti haiz olan bu konu üzerinde çok faydalı ve bize rehber olacak neticelere varacağı muhakkaktır.

—oOo—

Dr. Cahit BAŞKÖK

Herkongre ve konuşma fırsatında evde tedavi, Dispanser fonksi-yonu ve hastahane tedavisini münakaşa ederiz. Hiç bir neticeye bağla-madanda mevcut şartlar içinde çalışmağa devam eder, belirtmeğe çalış-san noksan ve hataları vazifedarlar olarak devam ettiririz. 6 senedir Tbc. mücadelesi içinde olan bir hekim olarak arzederimki!

1 — Mevcut dispanserlerin ideal fonksiyonları yoktur. Yeni tesis-lerin kuruluşlarını istemeden önce, mevcutların ıslâhını temin zarure-tindeyiz. Nitekim bu görüşle Ankara Veremle Savaş Derneği Dispan-

serlerini 1957 de bölgeleştirerek teşhis ve tedavilerini disipline ettiği-mizde neticelerimiz çok iyi ve çok tatmin edici olmuştur.

2 — Verem hastahaneleri; Mevcut hastahanelerimizde dispanser-ler gibi üzerinde durulmağa değer. 11000 Verem yatağından bir kısmı gayeye uygun çalışmakta, büyük bir kısmı muvakkat bir zaman hasta ikâmetgâhı hizmeti görmekte ve bu şekilde küçümsenmeyecek bir kro-nik hasta gurubu doğmaktadır. Yataklarımızın bir kısmını cerrahi hiz-mete tahsis etmek ve geri kalanlara tatmin edici bir tedavi sistemi ka-bul ettirmek, yatağı ve hastayı kıymetlendirmek mecburiyetindeyiz. Ka-naâtinca; işarete çalıştığım Dispanser ve hastahane mesailerini yük-seltmek hekim ve personel işidir. İlgililer bu noktaları evveliyetle dü-şünmelidirler.

—oOo—

**Panel Konusu : Memleketimizde
Tüberküloz Mücadelesi Nasıl Olmalıdır ?**

DÖRDÜNCÜ CELSE

Panel Heyeti : Dr. Tevfik SAĞLAM
Dr. Niyazi TUNGA
Dr. Zülfü Sami ÖZGEN
Dr. İ. Rifat SABAR
Dr. Celâl ERTUĞ
Dr. Saim ULUDOĞAN
Dr. Abit KÖYMEN
Dr. Fahir SANEL
Dr. Niyazi ERZİN
Dr. Hamdi AÇAN
Dr. Enver BOZYAKALI
Dr. Tevfik İsmail GÖKÇE
Dr. Neşati ÜSTER
Dr. M. Ali Akdemir
Dr. Yavuz Engin

PANEL KONUSU : MEMLEKETİMİZDE TÜBERKÜLOZ MÜCADELESİ NASIL OLMALIDIR?

Dr. Saim ULUDOĞAN

Malûmları bulunduğu veçhile İşçi Sigortaları, fonksiyonunun esasını sosyal sigortaya bağlayan bir müessesedir.

İşçi Sigortaları mevzuatı içinde direkt olarak istihdaf edilmemiş bulunan Verem mücadelesi, umumî fonksiyonu meyanında bulunmakta ve endirekt olarak yürütülmektedir.

Bir taraftan Sayın Sağlık Vekilimizin ve diğer taraftan Verem Savaş Derneklerimizin verem mücadelesinde vuku bulan memleket çapındaki kıymetli çalışmaları arasında vatandaş olarak işçilerin depistajı, korunma ve tedavileri ve kısmen rehabilitasyonları kargılanmakta ve ibzal edilen bu alâka ve hizmetlere karşı İşçi Sigortalılarına düşen hizmet

de mezkûr emekleri finanse etmek şeklinde tecelli etmekte ve bu sebeple bu sahada ayrı bir teşkilât kurmak lüzumunu bugün için katî bir zaruret halinde hissettirmemektedir.

İşçi Sigortaları Kurumu gerek kendi imkânları ve gerekse Sağlık Vekâleti ile müstereken bazı sağlık tesisleri, sanatoryum ve prevantoryum ve emsali tüberküloz müesseseleri tesis ederek bu mevzudaki faaliyetlere iştirâk etmektedir.

Umumî Hastalık Sigortasının tatbikatı cümlesinden olarak tüberkülozlu hastalar, alâkalı kanunlar çerçevesinde tedavi edilmektedirler.

Memleketimizin ihtiyacı gözönünde tutularak son zamanlarda meslek hastalıkları listesi revizyondan geçirilmek suretiyle daha şâmil bir şekle sokulmuş ve tekstil, tütün sanayii ve maden işleri ve emsali yerlerde birkaç sene (üç sene) çalışmış olan sigortalıların meslek hastalığı musabı olarak kabul ve tedavileri temin edilmekte ve çalışmalarına engel durumları halinde bir taraftan malûliyetleri cihetine gidilmekte ve diğer taraftan mevzuat hükümleri dahilinde tazminat ödenmektedir.

Bu gibi yerlerin dışında kalan sigortalıların veremlileri de umumî hastalık sigortaları mevzuatının işlemine tâbi tutulmakta, tedavi ve tazminatı hususları karşılanmaktadır.

Veremli hastaların İşçi Sigortaları Kurumuna tahmil ettiği malî külfetin büyüklüğü sigortanın açık vermesini intaç etmekte ise de Kurum, bu husustaki toleransını azamî nisbette vatandaş lehine kullanmak suretiyle bu açığı sinesine çekmekte ve sigortalıya diğer bazı memleketlerde olduğu gibi ayrı bir verem sigortası ihdas etmemektedir. Ayrıca vatandaşın sigortalılık vasfını kazandığı dakikadan itibaren muayene, tedavi hukuku sağlandığı gibi malûliyeti ciheti de mümkün olan azamî şekillerde karşılanmaktadır.

Bu yeter midir?

Verem mücadelesinde yeterlik ifadesi kolayca kullanılamıyacak bir problemdir.

Yeter değilse ne yolda değiştirilmesi lâzımdır.

İşçi Sigortaları Kurumu; yukarıda arzedilen, Sayın Sağlık Vekâleti ve Verem Savaş dâvasında alemdarlık yapan Verem Savaş Dernekleri, faaliyetinde mündemîç ve her gün biraz daha inkişaf etmek suretiyle kıymetlenmekte olan muvaffak hizmetlere lüzumlu alâkayı göstermekten fariğ olmamakta ve bu cümleden olarak başta Ankara olmak üzere İzmir ve Malatya'da Verem Savaş Dernekleri ile yaptığı bir an-

laşma ile sigortalıların tüberküloz mücadele mevzuunu yürütmeye çalışmakta ve bu hususta daha şümulü neticelere ulaşmayı arzu etmektedir.

İleride vuku bulacak zaruretler karşısında bu sahadaki mücadeleyi, kendi bünyesinde kuracağı organizasyonla mensuplarını, kendi imkânları ile arayan, tarayan, koruyan, tedavi eden ve hattâ malûl sigortalıların rehabilitasyon mevzularını da temin eden bir müessese halinde memlekete faydalı olmayı arzu etmekte ve bir taraftan da sosyal konu olarak sigortalıların sıhî şartları haiz iskânlarını muayyen bir fondan ödemek ve bu maksatla teessüs etmiş kooperatifleri ve desteklemek suretiyle tüberküloz mevzuunda rolü bulunan mesken dâvasına ayrıca önem vermiş bulunmaktadır.

—oOo—

Dr. Hamdi AÇAN :

— Köy tedavisi, B.C.G. kampanyası ve tüberküloz lâboratuvarları mevzuu, kemiyet ve kefiyet bakımından müstakar personel temin edilemediğinden aksamaktadır. Bakımdan, bu konuda ayrıca bir personel kanununun çıkması temenni olunur.

Dr. Tevfik İsmail GÖKÇE :

— Sigortanın mânası içerisinde, esasen prevansyonda mevcuttur. Biz, senelerce bu hususu duyuramadık. Daha on sene evvel, bütün âmeleyi, iş yerlerine girerken muayeneden geçirmeli ve hersene bu muayene tedarıkanmalı tarzında bir teklif yapmıştık. Bu mevzuda, İşçi Sigortalıların birde mukavele yapılmıştı. Teklif edilen ücret şahıs başına 1 lira idi. Formaliteye ait bir sebepten teklif maalesef kabul olunmadı. Bu teklifimiz o zamanlar tatbik sahasına konsa idi geçen bu on sene zarfında amelede belkide tüberküloz kalmıyacaktı.

Dr. Neşatî ÜSTER :

— Köy mücadelesinin Sağlık Merkezleri tarafından yapılması uygundur. Sağlık Merkezleri bugün maalesef hakikî hüviyetlerini kaybetmişler ve ufak birer hastahane olmuşlardır. Vekâlet bu işi Vilâyet Verem Savaş Dispanserleri vasıtasıyla yürütebilir. Filhakika, Verem Sa-

vaş Dernekleri Dispanserleri bu işi yapıyorlar. Vilâyet Dispanserleri, kanaâtimizce, şehirlerde bölgeler almamalı, faaliyetini kaza ve köylere tahsis etmelidir. Şehir içini hususi verem savaşı Derneklerine bırakmalıdır.

Dr. Tefik İsmail GÖKÇE :

— Takdim ettiğimiz matbu raporda, bütün bu hususlar aynen mevcuttur.

Dr. Fahir SANEL :

— Verem profilaksisi güç bir iştir. Personele verilen paranın miktarına göre vazife beklenebilir.

Dr. Celâl ERTUĞ :

— Dr. Niyazi Erzin beyin, laboratuvarlar hakkındaki tecrübi malûmatına istinaden, laboratuvarların ehemmiyetini belirtmek isterim.

Teşhis edebildiğimiz pnömopatiler içerisinde, ruama müşabih olan ve Whitmore basiliyle husule getirilen bir pnömopati vakasını ancak laboratuvar yardımıyla teşhis edebildik.

Tüberkülozun ambulatuvar tedavisi ile ilgili olmak üzere bir noktaya temas edeceğim: hastalığın faaliyetinin durduğuna basilin negatif oluşuyla hüküm veriyoruz. Basille alakalı muayenelerin muntazaman ve sistematik bir şekilde yapılabilmesi için memleketimizde tam teçhizatlı beş - altı bölge laboratuvarının yapılması kâfidir zannedirim.

Dr. Enver BOZYAKALI :

— Almanyada malûller için iş yerleri ve tazminat meselesinin iyi bir şekilde organize edilmiş olduğunu bizzat gördüm. Bunu hatırlatmayı uygun buldum.

Dr. Abit KÖYMEN :

— Bu mesele memleketimizde de bir aralık tecrübe edildi. Fakat tatbikatı kötü oldu. Bunun için bir kontenjan lazımdır. Maalesef tatbikatta bu işi bir türlü ayarlamıyoruz.

Dr. İhsan Rifat SABAR :

— Memleketimizde de kemoterapi ve kemoprofilaksinin geniş bir şekilde ele alındığı bir zamanda laboratuvarların önemi hususunda Dr.

Niyazi Erzin beyin düşüncelerine iştirâk eder ve kendilerine pek çok teşekkür ederim.

Dr. Abit KÖYMEN :

— Sigorta, fazla paralı bir teşekkül olduğu için bir azda vur abahya geldi, Sigorta kurulunca, iş yeri hekimliğinin kaldırılması lazımdı. Sigorta, muhtelif maksatlarla yüzde iki primler alır ve bunu hastaların tedavisinde kullanır. Profilaksiye ayrılacak parası yoktur.

Dr. Tefik İsmail GÖKÇE :

— Sigorta mefhumunun içerisinde korunma işide vardır. Milyonlarca lira sarfiyle tedavi müesseseleri yaparken bunun hiç olmazsa yüzde onunu da koruma işine ayırmalıdır.

Dr. Niyazi ERZİN :

— Personel yetiştirme dâvası çok mühim bir mevzudur. Bugün Türkiye'de, veremliler için 11.000 yatağımız var. Buna mukabil 250.000 veremli hasta mevcut. 11.000 ini yatırdığımızı farzetsek geriye kalan bir kısım daha yıllarca halk arasında dolaşacaktır. Bu bakımdan, bilgili ellerde evde tedavi yaptırmak mecburiyetindeyiz. İstanbul'daki beynelmül tekâmül merkezi çok güzel çalışmaktadır. Mevcut hekim ve sıhhi personel sayısı ihtiyacı karşılayacak durumda değildir.

Dr. Celâl ERTUĞ :

— Tüberküloz mücadelesi, hakikaten, paradan, malzemedan ve herseyden evvel bilgi meselesidir. Ftizyoloji klinikleri mütehassıslar yetiştiriyor, personel yetiştiriyor. Her veremliyi evde tedaviye kalkarsak ne kadar çok mütehassıs ve personel yetiştirmemiz lazım gelecek! Memleketi, bölgelere ayırmalıyız. Bölgelerde birer büyük merkez kurarsak bunlar bölgelerin kendi yataklarıyla dolacaktır. İstanbul'a, Ankaraya hasta akınını durdurmak için bu şehirlerimizdeki sıhhi müesseselere benzer büyük merkezleri diğer büyük şehirlerimizde de kurmamız icap eder.

Dr. İsmail GÖKÇE :

— Köylere kadar uzanmak mecburiyetindeyiz. Köylülerin hepsini merkeze getirmeye imkân yok. 500 kadar Sağlık Merkemizi var. Buradaki mütehassısları ve personeli bir sene zarfında tekâmül kursundan geçirebiliriz. Bu yetişmiş personel vasıtasıyla köylüye buluşma şekillerini ve yollarını öğretirsek, muhittekileri de şimyoprofilaksiye tabi tutarsak bir şeyler yapmış oluruz.

Verem tedavi müesseselerine gelince: 200 yataktan aşağı olmamak üzere her türlü imkânları hâvi tüberküloz hastahaneleri inşası, verem istişare komisyonunun raporunda mevcuttur.

Dr. Kemal BERKİN :

— Amerikada muayyen bir bölgede ev tedavisi yapılar neticede musabiyetin arttığını gördüler. Prof. Celâl ERTUĞ'un buyurdukları gibi depo hastahaneler, barakalar yapalım. Açık veremlileri tecrit edelim.

Dr. Hüseyin DEDEBAŞ :

— Sayın Celâl Bey, konuşurlarken önce kasabalarda yatakların açılmasını, daha sonra, Niyazi beye cevap verirken, teşkilâtı santralize etmek yoluna gidilmesini belirttiler. Zannedirim iki mütealaları arasında tenâkuz var. Bendeniz, şahsen bu işin santralize edilmesi taraftarıyım. Biz, İstanbul Verem Savaş Derneklerinde hastaların yatırılması için her zaman hastahanelere müracaat etmek ve birçok ricalarda bulunmak durumu ile karşı karşıya kalmaktayız. İstanbulda, Dernek teşkilâtı içerisinde, akciğer fonksiyon testlerine kadar her türlü lâboratuvar muayenelerinin icra edileceği tam teçhizatlı bir merkezin kurulacağı söylenmekte idi. Bunun tahakkuku cidden çok faydalı olacaktır.

Dr. Ruhi SOYER :

— Köylülerimizin fakir tabakasının işe ve iskân durumlarının tanzimi de mühimdir.

Panel başkanı, bütün bu hususların panel üyeleri tarafından cevaplandırılmasının usule aykırı olduğunu belirtti ve ancak evvelce söz almış bulunan üyelerin konuşmalarına müsaade olunacağını bildirdi.

Dr. Orhan ÖKE :

Zülfü Sami Beyden bir ricada bulundu : Şimdiye kadar Ankarada ve İstanbulda rehabilitasyon merkezlerinde yetiştirilen hastalardan haricte hayatını kazanabilecek duruma girebilenlerin yüzde kaç nisbetinde olduğunu sordu.

Dr. Selâhattin AKKAYNAK :

— Tüberküloz, ihbarı mecburi bir hastalıktır. İhbar müessesesi maalesef iyi işlemiyor. Yeni kanunda bunu teyit etmek ve hastalığın muayyen yerlere ihbarını mecburi kılmak icap ediyor.

Dr. Fahir SANEL :

— Orduda hastalananlara tazminat verilmesi meselesinin ele alınması temenni olunur.

— Ambulatuvar tedavi meselesinde, ilaçların çok pahalı oluşları üzerinde durulmadı. Hastalar alamıyorlar. Buna bir çare bulunmalı.

Dr. Abdürrahman SOYASLAN :

— Tüberküloz mücadelesinde şehirler veya köyler diye bir mevzu ayırmak artık imkânsız hale gelmiştir. Verem savaşının belkemiği, verem dispanserleridir. Bunlar standardize edilmeli ve Devlet idaresine geçmelidir.

Dr. Nusret KARASU :

— Mevcut tesisleri organize etmeli. Şahsi kanaatimce, koruyucu tedbirleri ön plâna almalıdır. Ev tedavisinin bazen muvaffak olamayışı, hastaları layiki veçhile edûke edemeyişimizdendir. Orduda verem savaşının muvaffak olamayışı, sıhhi teşkilâtın bu mevzua gerektiği şekilde vakıf olmayışındandır. Sıhhi personeli ve hastaları bu bakımdan edûke etmek ve bir standart tesis etmek lâzımdır.

Dr. Nusret KARASU :

Üç nokta üzerinde şahsi kanaatlerimi arzedeceğim :

1 — Verem tesislerinin adetlerini artırmadan ziyade mevcutların iyi organize edilmesini ön plâna almalıdır.

2 — Koruyucu tedbirleri ön plâna organize etmeliyiz.

3 — Ev tedavisinen muvaffa kolmamasında hasta ve muhitinin iyi edûke edilmemesi müesseselerimizde ve topluluklarda verem mücadelesinin iyi yürütülmesinde kendi kendimizi ve idarecilerimiz yeter derecede tenvir etmemiş olmamız rol oynamaktadır.

Dr. Selâhattin AKKAYNAK :

3 nokta üzerinde duracağım :

1 — İhbar müessesesi iyi işlememektedir. Umumi Hıfzıssıhha kanununa göre ihbar yapılması lâzımdır. Resmidir. Fakat yapıldığını zannetmiyorum.

İhbar yapılmalıdır. Fakat Vekâlete değil Verem Savaş Derneklerine, bu teşkilâtın olmadığı yerde Hükümet tabiblerine ve Belediye tabib-

liklerine olmalıdır. Yeni yapılmakta olan Kanunlarda buna göre tadilat yapılması.

2 — Orduda mes'uliyet meselesi :

Fahir beyin bu mevzu temasını heyecanla dinledim. Bu şu demek-tirki, Orduda tıpkı İşçi Sigortaları gibi Kanunen hastaların tedavisini ve gerek hastaya ve gerek ailesine tazminat verilmelidir. Bu çok mü-himdir. Vatan hizmetine gelen gençlerin bunu hak etmiş olduklarını ka-bul etmek ve ona göre davranmak lâzım geldiği bir realitedir.

3 — İlâç fiatlarının artmış olması ve bunun bizim dâvamızı zaifla-tacağı mevzuunda durulmalı. Halbuki, bilhassa ambulatori tedavinin bu kadar revaçla konuşulduğu bu devrede bu hususun ele alınması za-rureti tebarüz ettirmek isterim.

Dr. Kemal BERKİN :

Bendeniz, orduda tüberküloz konusunda sayın arkadaşım Prof. Fa-hir Sanel'in konuşması dolayısıyla söz almış bulunmaktayım. Kendileri «Orduda tüberküloz mücadelesinde hiç bir şey yapılmamıştır» buyur-dular. Bendeniz aynı kanaatte değilim. Daha fakültelerimizde Fitiziyo-loyi tedrisata başlamadan çok önce, Gülhanede aramızda bulunan muh-terem hocamız Ord. Prof. Abdülkadir Noyan tarafından tüberküloz kli-nik dersleri hakkında esaslı bilgi verilmekte Rederker'in modern konsep-siyonları anlatılmakta idi. Bu dersler (Gülhane klinik Dersleri cilt I. 1930) da negredilmiştir. Yine değerli hocamızın himmetleriyle 1943 - 1944 yıllarında Orduda tüberküloz uzmanı yetiştirilmesi işi ele alınmış Çam-lıca subay sanatoryumları açılmış Sarayburnu Ask. Hastanesi sırf ve-remli hastaların tedavilerine tahsis edilmiş o sene ve onu takip eden bir-kaç yıl Gülhane Dahiliye Kliniğinde dahiliye ihtisası veren asker dok-torlar orduda verem uzmanı olarak yetiştirilmek üzere İstanbulda Hey-beliada, Erenköy, Yakacık sanatoryumlarına 6 ay gönderilmek suretiy-le buralardaki hocalarımızın ve kıymetli mütehassısların yanında yetiş-tirilmiş bilgi ve görgülerini artırmak üzere yabancı memleketlere de gönderilmişlerdir. Ayrıca 1950 de tüberküloz istişare komisyonunda da orduda veremle ciddi bir şekilde savaşmak üzere güzel prensipler alın-mış, ancak tatbikatta karşılaşılan bazı engeller yüzünden istenildiği ge-çerli tahakkuk ettirilememiştir. Bu engeller askeri birliklerin, bilhassa müfrez kıtaların, askeri icaplarla sık sık yer değiştirmeleri doğudaki ba-kır muhitten gelen erlerin büyük şehirlere sevkî Deniz Ordusunda ol-duğu gibi uzun yıllar Kara ve Hava Ordusunda eğitim alaylarının bu-lunmaması idi. Deniz ordusu kendi eğitim alayında yıllardan beri tüber-külün ve B.C.G. tatbikatını ve mikrofilm kontrollerini yapmaktadır. Dün

Ulusal Verem Savaş Derneği XII. kongresinde muhterem hocamız Prof. Karasu orduda veremle savaş meselesinin yeniden ciddi bir şekilde gö-rüşüldüğünü ve tatbikattaki aksaklıkları giderecek pratik kararlar alm-dığını Sağlık ve Milli Müdafaa Vekâletlerinin bu hususta sıkı işbirliği yapılacağını müjdelediler. Bu bakımdan bendeniz bu konuda iyimserim.

Dr. Orhan ASLANOĞLU :

Verem Savaş Dernekleri yalnız akciğer tüberkülozu ile ilgilidir. Ak-ciğer kadar yurdumuzda kemik ve mafsallarda verem de vardır. Bunlar çok geç hastahaneye gelmektedir. Acaba verem savaş dernek dispanserleri kemik hastalarını erkenden bulup kemik hastanelerine göndermeli ve alâkadar olmalı mıdır? olmamalı mıdır?

Dr. Mustafa Kemal GAVUZOĞLU :

Tüberkülozla mücadele için hükümetin getirdiği kanun çok lüzumlu fakat kâfi değildir. Tatbikatta vekâlet daima mütehassısların fikirleri-ni aldıktan sonra karar vermelidir.

Koruyucu olarak köylere kadar gidip tarama B.C.G. tatbikatı ve propaganda yapılmalıdır.

Tedavi olarak basil çıkaranlar için mutlaka yatak bulmalıdır.

B.K. sı müsbet olanları ve ameliyatla tedavi olamayanları evlerine yollamamalıdır. Bu gibi hastaları depo hastanelerine, lüks olmayan, Ame-rikalıların yaptığı barakalar gibi (Harp okulunun yanındaki barakalar gibi) yerlere koyup tıbbi tedaviyi daimi olarak, belki senelerce ve se-nelerce yapmalıdır. Tedavi hususunda hastahaneler ve doktorlar arasın-da üç ay gibi bir müddetten bahsedilir. Böyle şey olamaz. Tüberküloz tedavisinin kesinleşmiş bir müddeti henüz yoktur. Lüks hastaneler, sa-natoryumlar yapmaktan kaçınmalıdır. Akciğer tüberkülozuna yakala-nanlara sıra bekletmeden yatak bulmamı zarureti vardır. Bu zaruret bilhassa basil çıkaranlarda daha fazladır.

Memur ve işçiler için müddet mefhumu kanunlarla ortadan kaldı-rılmalıdır. Sosyal bir hastalık olan tüberkülozlu hastayı cemiyet, devlet, hasta iyi oluncaya kadar bakmaya, tedavi etmeğe mecbur olmalıdır.

Ev tedavisi, basili menfileştirilmiş veya başlangıçta basili menfi olanlar için, hastanın ayağına kadar gitmek şartı ile yapılabilir. O za-man çok sıkı balgam muayeneleri zaruridir. Ev tedavisi müsbet olan-lara tatbik edilmemelidir. Birleşik Amerikada ev tedavi tecrübe edilmiş-tir. Çünkü bendeniz orada iken bir hasta onbir dolara (bizim para-

mızla 99 lira) mal oluyordu. Bu büyük bir yekûn tutuyordu. Orada ekonomik bakımdan tecrübe edilen ev tedavisi iyi sonuçlar vermemiştir. Sonradan ev tedavisi kararında adilât yapmak zorunda kalmışlardır.

Dr. Cahit BAŞKÖK :

Dr. Hamdi Açıan arkadaşımız 1959 dan itibaren memlekette 6 bölgede çalışıp gerekenlere B.C.G. yapacağına göre tüberkülin müsbetlere 3 - 7 veya 10 yaşa kadar olanlara INAH 1 muayyen bir müddet vermeğe panel heyeti ne düşünür ve bu husus müsbet karşılırsa bu temenni kongre temennisi olarak Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâletine intikâl ettirilebilir midir.

Dr. Hüseyin DEDEBAŞ :

Panel üyesi Sayın Celâl Ertuğ verem mücadelesinde kasabalarda verem yatakları kurulmasını tezini müdafaa ettiler.

Buna mukabil Sayın Enver Bozyakalı aksi bir tezle verem yataklarını büyük şehirlerde santralize olmalıdır tezini güttüler, verdikleri rakamlarla tezlerini kuvvetlendirdiler.

Acaba Sayın Celâl Ertuğ gene fikirlerinde ısrar ediyorlarmış ediyorlarsa bu fikirlerini nasıl müdafaa ederler.

Biz İstanbulda nispeten iyi organize edilmiş İ.V.S.D. dispanserlerinde dahi hastalarımızı ilmi olarak layıkile takip edebiliyoruz diyemiyoruz. Bir vakada teşhise varabilmek için çok zaman hastahane ve sanatoryumlarla teşriki mesai yapmak zorunda kalıyoruz. Bu da zannedildiği kadar kolay olmuyor, çok zaman şahsi ricalarda bulunuyoruz.

Bunu önlemek gayesiyle İ.V.S.D. her türlü tetkikleri yapabilecek bir merkez kurmağı düşünmüştü fakat bu güzel düşünce hâlen realize edilememiştir. Gönül bunun bir an evvel tahakkukunu temenni ediyor.

Dr. Orhan ÖGER :

Rehabilitasyon müesseselerinde bir sanat öğrenipte sonradan dışarıda bu sanatı devam ettirip hayatını kazanan veremliler varmıdır ve ne nispettedir.

Dr. Zühtü ERMAN :

Bir arkadaşım rehabilitasyon tesislerinde çalışıp hayatını kazananlar varmıdır sualine cevap vermek istiyorum, vakıa şu sualin cevabı panele aittir fakat bendeniz bir kelime ile söyleyeyim vardır, fakat dedi azdır ama vardır.

Celse Konusu : Tüberküloz Patoloji ve Bakteriyolojisi

BEŞİNCİ CELSE

Celse Başkanları : Dr. Fahir SANEL — Dr. Raif BARBAROS

Celse Kâtipleri : Dr. İrfan KAYAAEP — Dr. Bayhan KILIÇÖTE

ANTİBİYOTİKLER TESİRİ İLE TÜBERKÜLOZUN ANATOMO — PATOLOJİSİNDE DİKKATE DEĞER DEĞİŞMELER [*]

Dr. Bedrettin PARS — Dr. Harika ENGEZ — Dr. Maiz BERKER

Dr. Ahmet ERBELGER

Antibiyotik devrinden evvel Koch basilinin insan ve tecrübi mahiyette hayvanlarda husule getirdiği anatomo - patolojik lezyonlar klasik formlardan ibarettir.

Bu sahada allerjik zeminde görülebilen varyasyonlar dahi klasik malumatımız meyanındadır.

Antibiyotiklerin tüberküloz tedavisine girmesinden kısa bir müddet sonra, Koch basillerinin bu ilâçlara karşı bazı vak'alarda rezistans kesbettikleri müşahade edilmiştir.

Bu şekilde denatüre olan Koch basilleri ile enfekte klinik vakalara ilk zamanlardanberi rastlanmaktadır. Netekim bu gibi vak'aların anamnezlerinde, rezistansın tayin edildiği ana kadar hiç bir antibiyotik kullanılmadığı tesbit edilmiştir.

Demek oluyor ki bu denatüre olmuş diye kabul ettiğimiz rezistanslı basillerin klini kve anatomo patolojik bir tablo husule getirmiş olduğu aşikâr olarak görülmüyor.

Bu nevi basillerle husule gelen klinik tablo, antiyotiklere hassa olan Koch basillerinin yaptığı klinik tabloya hâlen tamamen uyuyor gibi gö-

[*] Heybeliada Sanatoryumu

rühmektedir. Bu tetabukun, anatomo - patoloji sahasında da tamamen veya kısmen mevcut olup olmadığı ve hattâ burada klâsik tüberküloz lezyonlarından inhiraf eden yeni tip lezyonları nhusule gelip gelmediği suali ortaya çıkıyor.

Bu sualin cevabının en sarîh ve ilmi şekilde ancak bakteriolojik baz ve experimental paroloji yoluyla verilebileceği düşüncesiyle çalışmalarımızı bu sahada topladık. Bu yolu seçmemizin esaslı sebeplerinden birisi de bu yolun, husule gelmesi muhteme lanatomik lezyonların teşekkülüne ait bütün safhaların tesbitine imkân vermesidir.

Buna mukabil hastalardan elde edilen rezeksiyon materyelinde bu safhaların ancak bazılarının tesbitine imkân bulunabilecektir. Zira rezeksiyon endikasyonu sahasına girebilecek vak'alar ancak muayyen bir klinik ve radiolojik safhaya ulaşmış ve dolayısı ile anatomo - patolojik lezyonu da muayyen ve dar bir çerçeve içindeki vak'alardır.

Yeni literatürde bazı müelliflere göre Antibiotiklerin te'sirile tüberküloz formlarında yeni bir şekil husule gelmiyor, yalnız şifa proçesi kolaylaşıyor kanaati vardır (2).

Bu meyanda İ.N.H. ile tedavideki vak'alarda patolojik lezyonlarda bir hususiyet değil, fibrotik projesin kamçılандığı tesbit edilmiştir (3).

Nicod ve Bonstein, antibiotikle tedavi edilmiş hastalara ait 71 akciğer rezeksiyon piyesini, antibiotiklerle tedavi edilmemiş Tbc. piyesleriyle mukayese etmişler ve bunlar arasında iyileşme proçesinde anatomik safhaların birbirini takibinde yani nesiç şifasında br hususiyet müşahade etmemişlerdir (6).

Teşekkül etmiş bir anatomik lezyondaki basillerin bilâhare rezistans kazanmasıyla lezyonda bariz morfolojik farkların husule gelebilmesinin güç olacağını kabul etmekle beraber, rezistanslı basillerle enfeksiyona uğramış organizmadaki lezyonların bazı hususiyetler arzdebileceğini ve hattâ bu basillerle yapılacak hayvan tecrübelerinde bu tip enfeksiyonun lezyonlarının bütün teşekkül safhalarında klâsik formlardan inhiraf olabileceğini ve hattâ hususiyet gösteren morfolojik tabloların meydana gelebileceğini düşünebiliriz. Bu gibi hazırlayıcı ilk fikirler zemininde yaptığımız çalışmamızın mühim bir kısmını teşkil eden hayvanlardaki tecrübi patoloji bulgularımızı, insanlardan elde ettiğimiz rezeksiyon piyeslerindeki anatomik lezyon sahalarmda da araştırdık ve neticede, hakikaten buralarda da klâsik formlara nazaran bazı varyasyonların rüdimanter misallerini tefrik etmek imkânını bulduk ki buda bize ilerde, bu ufak anatomo - patolojik varyasyonların klinik muadillerinin meydana çıkarılabileceği ümidini vermektedir.

Çalışmamızda takip ettiğimiz yol :

Tetkikimizin materyel menbaı, basilleri hem İ.N.H. te ve hem de Streptomycin'e veya yalnız birine rezistan olan tüberkülozlu hastalar teşkil etmektedir.

Basillerdeki bu rezistans şahsın enfeksiyonundan evvel mevcut veya tedavi esnasında teessüs etmiş olabilir.

Vak'alarımızın balgamı veya rezeksiyon piyeslerindeki kavite veya nodüllerden elde edilen materyel K.B. lerinden ayrı mikroorganizmalardan tecridini müteakıp kobaylara intraperitoneal zerk edilmiştir. Bu ameliyeden evvel K.B. lerinin İ.N.N. ve Streptomycin'e karşı rezistansları tayin edilmiştir.

Enfeksiyonu müteakıp tecrübe hayvanları muhtelif zamanlarda öldürülerek organları anatomo - patolojik tetkike tabi tutulmuştur. Tesbit edilen lezyonlardan tecrit edilen K.B. lerinin de aynı şekilde rezistansları tayin edilmiştir.

Kobaylarda tesbit edilen anatomo patolojik lezyonlara benzer teyayirlerin aynı materyel menbaı olan insan rezeksiyon piyeslerinde de mevcut olup olmadığı bilâhare araştırılmıştır.

Yukarda çizdiğimiz esaslar dahilinde bakteriolojik ve anatomopatolojik tetkike tabi tutulan 18 kobayın 13 tanesinde muhtelif organlara dağılmış sık veya nadir lezyonlar tesbit edildiği halde 5 tanesinde makroskopik veya mikroskopik olarak hiç bir lezyon görülmemiştir.

Wink ve arkadaşları, insanda İ.N.H. e rezistan Tb. basillerinin kobaylarda az virulan olduğunu tesbit etmiştir. 40 hastadan tecrit ettiği mukavim basilleri kobaylara zerk etmiş ve bunlardan ancak 26 kobayda hayvanı öldürmeyen, iyileşmeğe meyilli karaciğer, dalak ve akciğer lezyonları tesbit etmiş, 16 hayvanda lezyon görmemiştir. Müellif bu meselenin epidemiyolojideki ehemmiyetine işaret etmektedir (5).

İ.N.H. e karşı basillerdeki rezistansın, kültür ve hattâ hayvan pasajlarında değişebileceği Wilde tarafından zikredilmiştir (1).

Vak'alarımızda rezistans tayininde, insandan alınan materyel basili ile, kobayda husule getirilmiş lezyonlardan ayrılan basillerin rezistanslarında, hayvan pasajını müteakıp üç vak'ad adegışme olmuştur. Bunlardan birinde, Strep. ya rezistan ve fakat İ.N.H. e hassas olan basiller hayvana zerkten sonra, buradaki lezyonlardan elde edilen basillerde her iki antibiotiğe karşı rezistans müşahade edilmiştir.

Rezistans hâdisenin basillerde meydana gelmiş mutation'larla alakalı olduğuna göre bu vak'ada insan materyelinde mutation'a uğramış basillerin akalliyette iken, hayvan pasajından sonra bunların ekseriyeti kazandığını düşünmek icap eder.

Hayvan pasajından sonra değişme gösteren ikinci vak'ada, insan materyelinden tecrit edilen basiller her iki antibiyotik'e hassas bulunmuş olduğu halde hayvan pasajını müteakip basiller her iki antibiyotik'e karşı rezistan hale gelmiştir.

Değişme gösteren vak'alardan üçüncüsünde hâdisi aksi şekilde cereyan etmiştir. İnsan materyeli basilleri her iki antibiyotik'e rezistan bulunmuş olduğu halde hayvan pasajından sonra streptomycin'e karşı mukavim kaldığı halde İ.N.H. e karşı hassas hale gelmiştir. Burada, insan materyelindeki mutation'lu basil adedinin limitte olması ve pasajdan sonra bunların bir kısmının kaybolarak ekseriyetin mutation'suz basillere geçmesini kabul etmek icap eder.

13 tane lezyonlu kobaydan 2 tanesinin artık basil üretilmemiştir. Bu iki vak'a ile, virülans'ı azalmış olan rezistan basillerin bir hayvan pasajından sonra artık üreme kabiliyetinin de kaybolduğu böylece müşahade edilmiş oluyor.

Tecrübe hayvanımız olan kobaylarda tesbit ettiğimiz patolojik anatomik lezyonlar :

Bu lezyonlara en çok karaciğerde ve ondan daha az olarak dalakta rastladık.

Aşağıda sıra ile tefsil edeceğimiz bu lezyonları bazen münferit ve bazen de birkaçı bir arada olarak müşahade ettik.

- 1) Klâsik tüberküloz hayvan tecrübelerinde tüberkül teşekkülünün ilk devresi olan, nonspesifik devreye ait küçük küçük miliar lezyonlar. Bunlar harabiyetsiz küçük, yuvarlak mikraklarda lenfosit, poliler ve tek tük histiyosit kümelerinden ibarettir. Abdominal tifoda karaciğerde teşekkül eden, nonspesifik 2 tifom denen küçük mihraklara oldukça müşabihler. Bu mihraklar, lezyonlu 13 kobayımızdan 4 tanesinde karaciğerde miliar şekilde veya tektük olarak tesbit edilmiştir (Mik. Foto 4 ve II de). Bu hayvanlar rezistan basil zerkinden 4-5 ay sonra öldürülmüş olan hayvanlardır.

- 2) Geniş, yuvarlak, etrafı epitelooid histiyosit ve bilhassa fibroblastlı granulation sahası ile çevrili, poli yığın, apse şeklinde harabiyet mihrakları (Mik. Foto 2). Langhans de hücreleri ihtiva etmeyen bu granulation'lu mihraklarda bazen, küçük kalsifikasyon mihraklarına da rastlandı. (Mik. Foto 1).

Bu lezyonlar 13 kobaydan 4 tanesinde karaciğerde, bir tanesinde dalakta, diğer birinde akciğerde (Mik. Foto. 7 ve 8) olmak üzere 6 hayvanda tesbit edilmiştir.

Bu tip lezyonlu hayvanlar, zerkten 3 - 22 ay sonra öldürülmüş olan hayvanlardır.

- 3) Langhans dev hücrelerini nadiren ihtiva eden, nekrozsuz, yuvarlak, bazen guruplar halinde görülen» hücrevi tüberkül» denen lezyonlar. Bunların guruplar halindeki şekline bilhassa dalakta rastladık (Mik. Foto. 10)

Müstakil veya diğer lezyonlarla birlikte (Mik. Foto. 3) 4½ - 5 ay içinde öldürülen 4 kobayda tesbit ettiğimiz bu lezyonlar klâsik vak'alardakilerden ancak dev hücrelerinin çok nadir görülmesi farkını haiz gibi görülüyor.

- 4) Enteresan bir tegayyür de, karaciğerde, 6 kobayda tesbit ettiğimiz bariz safra kanallıkları poliferation'ı udur. Bu hâdisi 3-22 ayda öldürülen kobaylarda tesbit edilmiştir. Safra yolları profilasyon mntakaları karaciğeri kalın bir şebeke tarzında istila eden sahalarda halinde görülmüş ve bu mntakalarda yer yer hücrevi tüberküllere rastlanmıştır (Mik. Foto 3).

Safra yolu proliferation'ı lu 6 hayvandan 1 tanesinde siroz başlangıcı (Mik. Foto 3) ikisinde tam siroz teşekkül etmiştir (Mik. Foto 5 - 6 - 9). Periportal tipteki bu sirotik sahalarda yukarıda tavsif edilen apse şeklinde Siroz başlangıcı 5 ayda öldürülen hayvanda görüldüğü halde tam siroz şekline 22 ay sonra öldürülen hayvanlarda rastlanmıştır.

Yukarıda tavsif ettiğimiz 4 tip lezyon, umumiyetle karaciğer ve dalakta lokalize olmuş görülmekle beraber iki kobayda yalnız dalakta görülmüştür.

Adetleri itibariyle daima seyrek teşekkül eden bu lezyonların bazen ancak bir organda bulunması ve hattâ bazen zerki müteakip uzun bir zaman geçmesine rağmen ancak tifomlara müşabih taze lezyonların görülmesi, rezistan basillerin lezyon yapma kudretini, patojen hassasını kaybettiğinin aşikâr delilidir. 68 tecrübe hayvanımızın 5 tanesinde hiç lezyon görülmemesi de bu hadisenin diğer bir delilidir.

Oestreicher de İ.N.H. e karşı rezistan Koch basillerinin patojen kabiliyetinin bir çok vak'alarda mahdut ve az olduğunu zikrediyor (4).

Bazen aynı akciğer rezeksiyon piyesinden kavite ve nodülünden ayrı alınan materyel basillerinde dahi rezistans farkları görülebiliyor. Nettekim bir vak'amızda kaviteden alınan basillerin kobaya lezyon yapmadığı halde, nodülünden alınan basillerin lezyon husule getirebildiğini müşahade ettik.

O halde, aynı organda muhtelif lezyonlardaki basillerin rezistans ve hattâ virülansı, anatomik lezyon yapma kabiliyeti başka başka olabiliyor ve hattâ bu lezyonları hayvanlarda müşahade ettiğimiz gibi klâsik tüberküloz lezyonlarındanda bazı farklar gösterebiliyor.

Yukarda kaydettiğimiz, hayvanlarda hususiyetli tüberkülotik lezyonların bu tecrübelerle menba olan insan akciğer rezeksiyon piyeslerinde de mevcut olup olmadığını, farklı lezyonları iyi tanıdıktan sonra araştırdık.

Rezeksiyon piyeslerindeki lezyonlarda umumiyetle nekroz sahalarında, eskilerin piyojen manbran dedikleri poli yığınlı kısımların daha sık olduğunu gördük.

Kavitelemin piyojen manbran sahaları ile hayvanlarda tesbit ettiğimiz apse şekillerinin aynı mahiyette tegayyürler olduğu kanaatine vardık.

Rezeksiyon piyeslerinde de hayvanlardaki lezyonlarda olduğu gibi nekrotik hâdiselerin, hücrevi prolifération'lu ve hattâ bunların neticesi olan sklerotik sahalarla nazaran daha mahdut olduğunu gördük.

Hayvan karaciğerindeki sirotik hâdiseyi, rezeksiyon piyeslerimizdeki skleroz pülmoner sahaları ile mukayese etmek pek ala mümkündür. Bu sklerotik sahalar civarındaki atepektatik alveollerde bazen daralmış lumeni tamamen dolduran Langhans dev hücrelerini de bu piyeslerde tesbit ettiğimiz bir hususiyet olarak kabul ediyoruz (Mik. Foto 12 - 13).

Hayvanlarda başlangıç safhasına tekabül eden tifom tipindeki, nonspesifik şeklindeki lezyonları bu piyesler de tefrik etmek imkân olmamıştır.

Hayvanlarda tesbit ettiğimiz anatomo patolojik farklı lezyonların patogenezi hakkında bazı mülahazalar :

Vak'alarımızdaki apse şeklindeki lezyonlarda, eski müşahadelerdeki secondaire enfeksiyon mes'elesini, materyelde diğer mikroorganizm-

lerin ortadan kaldırılmış olması dolayısı ile düşünemeyiz. Burada olsa olsa rezistan basillerin, Ricker kanunlarına göre, bu nahiye vasomoteur'lerine post state'ı uzun sürdürecektir derecede bir tahriş yaptığını düşünmek mümkündür.

İ.N.H. e rezistan basillerin virülansının azaldığı hususundaki bazı müelliflerin fikrine (7) uyarak burada, virülansı azalmış olan basillerin stase'ı devam ettiremeyip post stase'ı husule getiren ve bu devreyi uzatacak derecede bir tahriş yapmış olduğu neticesini çıkarabiliriz.

Ekseri sahalarda hücrevi tipte tüberküle lezyonlarının mevcudiyeti de bu fikri takviye eder. Virülansı az sinsi enfeksiyonların patolojik anatomik lezyon şekli budur.

Hücrevi tüberküllerin ileri safhasında sklerotik hâdiselerin husufüne ait misâller mevcuttur. Bu fikirlerle, uzun müddet sonra öldürülmüş hayvanlardaki meydana gelmiş sirotik proçesin izahı yapılabilir.

Safra kanallıklarının ileri derecede prolifération'u ve periportal siroz teşekkülünü, tecrübi enfeksiyon yolunun abdominal olması ve basillerin karaciğeri periportal sahalardan ve subserouse yollardan istilâ etmesiyle izah etmek mümkündür.

Kazeifikasyonların azlığı veya yokluğu da, virülansı azalmış basillerin uzun bir stase yapamamaları ile izah olunabilir.

Hipererji mes'elesine gelince, insan rezeksiyon piyesleri materyelimizdeki lezyonlarda bunu düşünemeyiz çünkü ameliyat hipererjik olmayan safhada endikedir.

Hayvanlarda tesbit ettiğimiz lezyonlarda hassasiyet faktörünün hissesini tayin etmek için surf bu noktayı nazardan ayrı, seri halinde tecrübeler yapmak icap eder.

Tesbit ettiğimiz lezyonların vak'adan vak'aya farkları göstermesi, bazen izole ve bazen de müşterek bulunmalarında hayvanın allerjik halinin mühim rolü olabileceğini şimdiden kabul etmek icap eder.

Hipererjik reaksiyonlu organizmalarda spesifik tüberküloz lezyonlarına daima damarların taze, iltihabı, nonspesifik lezyonları refakat ettiği halde, hayvan tecrübelerimizde tesbit ettiğimiz lezyonlar yanında bu tip damar tegayyürlerine rastlamadık.

Bu müşahedeye istinaden, tecrübe hayvanlarımızın hipererjik safhada olmadıkları neticesini çıkarmak mümkündür.

Antibiotik devrinde, Koch basillerinin yaptığı patolojik anatomik lezyonlarda bir değişme mevcut olup olmadığı hususunda yaptığımız, nis-

beten mahdut materyele istinad eden çalışmamız, IV. Millî Türk Tüberküloz kongresinin bu enteresan mevzuuna başlangıç mahiyetinde bir cevap verebileceği kanaatındayız.

İstikbalde bu sahadaki, daha geniş materyel üzerinde yapılacak çalışmalar, bu mevzuun bir çok meğhul noktalarını aydınlatacaktır.

H Ü L Ä S A

İ.N.H. ve Streptomycin'e mukavim Koch basilleri ile kobaylarda lezyon anatomikler meydana getirildi ve bunlarda hususiyetler tesbit edildi, ayrıca patogenezi hakkında fikirlerimiz ileri sürüldü.

Hayvanda tesbit edilen hususi lezyonlarla, insandan alınan akciğer rezeksiyon piyeslerindeki patolojik anatomik lezyonlar mukayese edildi ve aralarındaki müşabihet ve yakınlık noktaları tebarüz ettirildi.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — Wilde W. : Tuberkulozeartzt. 1954, 8/8/(481)
- 2 — Delarue J. : Rev. Tuberc. 1954, 18/6 (481)
- 3 — Kovalezykova J. : Excerpt. Med. Sect. XV. 1953, Vol. 7, 8 (2096)
- 4 — Oestrelcher R. : Amer. Rev. Tuberc. 1955, 71/3 (390)
- 5 — Wink H. H. : Excerpt. Med. Sect. XV, 1957, 10, (1320)
- 6 — Nicod J. — L. and Bonstein : Schweiz. Z. Tuberc. 1957 14/6/ 445
- 7 — Gökçe T. İ. ve Engez H. : Bull. of the Inter. Uni. a. Tuberculosis Vol. XXVI, No. 3-4, 1956

—oOo—

1951 - 1958 YILLARI ARASINDA — ANKARA VEREMLE SAVAŞ DERNEĞİ HASTAHANESİNDE GÖRÜLEN REZİSTANS TAHAVÜLLERİ HAKKINDA [*]

Dr. Aral GÜRSEL — Dr. Ragıp ÜNER — Dr. Cengiz ÖZEK

Verem mikroplarında tedavi sırasında, kullanılan ilâçlara karşı bir mukavemetin husule geldiği sık sık görülen hâdiselerdendir. Bundan dolayı rezistans testlerine başlamış olduğumuz 1951 yılından 1958 yılının 11 aylık devresi sonuna kadar elde etmiş olduğumuz sonuçların tahlilini uygun gördük. Çünkü :—

Antibio ve şimioterapie tabii tutulmamış kimselerden tecrid edilen suşların gerek streptomycin ve gerekse İzoniazide karşı çok hassas oldukları malumdur. Bu hassasiyet streptomycin için daima 1 u/cc in altında olup 0,1 u/cc ile 0,5/cc arasındadır (1), İzoniazid için ise daha da düşük olup 0,01 - 0,05 u/cc arası oynamaktadır (2). Mamafih bir şahıs tarafından itrah edilen bütün bakterilerin aynı hassasiyette olmayıp, çok az dahi olsa, bir miktarının normal mukavemetten daha fazla bir mukavemet gösterdikleri malumdur. Nitekim Pyl (3) yapmış olduğu araştırmalarda yüz binlerce hassas koloni arasından bir veya birkaç mukavim koloni seçebilmiştir.

Youmans ve Karlson (4) 1947 de tetkik etmiş oldukları 131 süstan % 90 nının 2 /cc Streptomycine hassas olduklarını ve bu arada çok daha mukavim suşlara da tesadüf etmişlerdir. Gernez - Rieux, Breton, Sevi nve Chaffet (5) ile Canetti ve Rocher (6) mykoterapi görmemiş tüberkülozlulardan 50 /cc streptomycine rezistan suşlar tecrid edildiğini bildirmişlerdir.

Streptomycin tedavisinin umumileşmesinden evvel bulunan bu birkaç vak'a istisna edilecek olursa, antibiotik tedavisine tutulmamış kimselerde 10 /cc den daha yüksek global streptomycino rezistansa tesadüf edilmesi oldukça nadirdir (1).

Daddi, Luchesi ve Simeoni (7) ye göre ise tedavi görmemiş kimselerden elde edilen suşların % 56,3 ünü streptomycino rezistan olarak bulmuşlardır. Bu nispet 1940 da % 34,9, 1952 ise % 56,3 kadar yükselmiştir.

[*] Ankara Veremle Savaş Derneği Çalışmalarından

Esasen Melnoto, Senault, Saoul ve Hutten (8) e göre tüberküloz tedavisinde en belli başlı rölü lâboratuvar müşahedeleri oynamaktadır. Müelliflere göre lâboratuvar müşahedeleri alınmadan yapılan tüberküloz tedavisi hiç bir işe yaramamakta olduğu gibi, insanlığa da fayda yerine zarar vermektedir. Kliniğin gün geçtikçe lâboratuvarla teşriki meesai etmesi ise iyi ve rasyonel bir antibiyoterapi temin etmekte olduğu gibi, ilaçların da yerinde ve zamanında kullanılmasını temin etmektedir.

Baudot ve Delaude (9) a göre streptomycin tedavisi sırasında, bazı hastalarda görülen ademi muvaffakiyet, teşekkül eden bakteri rezistansına bağlıdır. % 10 rezistan ve % 90 hassas bakterilerle enfekte edilen kobaylarda antibiyotik tedavisi hiç bir fayda vermemektedir. Bakterilerde rezistans teşekkülü, kullanılan streptomycin dozundan ziyade, tedavi müddetine bağlıdır. Salah ise mykoterapi terk edildikten sonra kendini göstermektedir. Bizde bu husus ilerideki grafiklerden de görüleceği üzere, piyasadan antibiyotiklerin kaybolmasından sonra kendisini göstermiş gibi görülmektedir.

Materiyel ve metod

Dernek hastanesinden rezistane testlerine başlamış olduğumuz 1951 senesinde, 1958 senesinin 11 aylık devresi sonuna kadar olan müddet zarfında tecrid etmiş olduğumuz suşlar üzerinedir.

Streptomycine karşı rezistans tayinleri için :— Kontrol, 1, 5, 10, 20 /cc konsantrasyonları ve tarafımızdan tadil edilmiş bulunan Yomans A.G. vasatı, İzoniazide karşı rezistans tayinlerinde ise Löwenstein - Jensen vasatına pişirilmezden evvel aşağıdaki izoniazid konsantrasyonları ilâve edilerek :— Kontrol, 0,1 0,5 1, 5, 10, 25, 50 /cc, yapılmıştır.

Okumalar 37° lik etüvde 15 günlük bir inkübasyondan sonra aşağıdaki esaslar dahilinde yapılmıştır:

Kontrol tüp (++++) olarak kabul edilerek, bununla aynı derecede bir üreme gösteren konsantrasyon suşun mukavemetini, bol fakat kontrolden az üreme +++ ve ++ ile kaydedilmiştir. Üreme göstermeyen ilk tüp ise suşun global hassasiyeti olarak kabul edilmiştir.

Neticelerimiz 1881 streptomycino ve 1383 İzoniazidorezistansa istinad etmektedir.

NETİCELERİMİZ

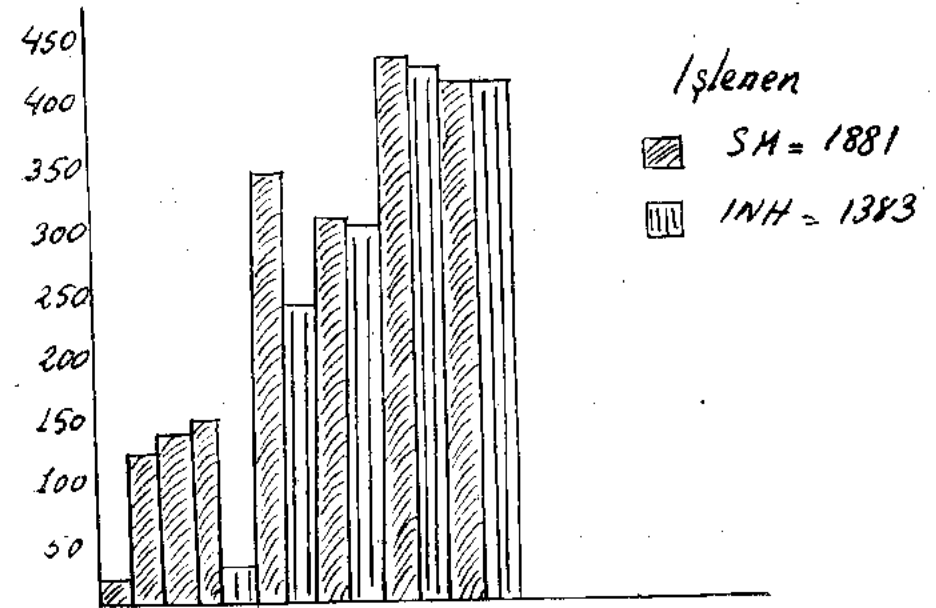
Yukarılarda izah etmiş olduğumuz materiyel ve metod dairesinde 1951 de başlayarak 1958 yılının 11 aylık devresi sonuna kadar ceman

1881 suşun streptomycino rezistansı ve 1954 de başlayarak 1383 suşun İzoniazido rezistansı yapılmıştır. Bu müddet zarfında yıllara göre işlenen suş adetleri aşağılarda 1 numaralı cetvelde gösterilmiştir :

Bu rakamları grafik halinde gösterecek olursak, Derneğimizin hergün artan faaliyeti hemen göze çarpmaktadır.

Cetvel Nr. 1

Yıl	Streptomycino rezistan ad.	İzoniazido Rezistan ad.
1951	18	0
1952	123	0
1953	134	0
1954	147	28
1955	335	238
1956	298	293
1957	418	416
1958 (11 aylık)	408	408
	1881	1383



Grafik 1 — 1951-1958 yılları arası Dernek hastanesinde yapılan streptomycin ve İzoniazid rezistansları

Şimdi Streptomycino rezisans bakımından titre etmiş olduğumuz suşları göstermiş oldukları mukavemete göre tasnif edecek ve bunu da grafiğe vuracak olursak gayet enteresan neticelerin çıktığı hemen göze çarpmaktadır :

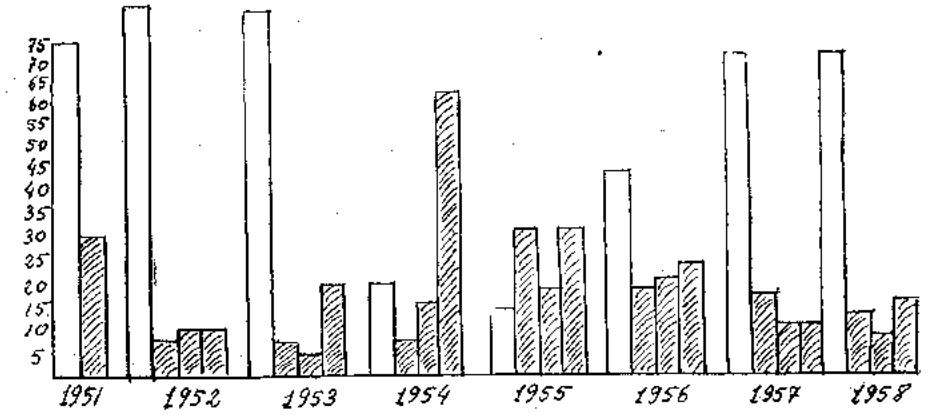
Cetvel Nr. 2

Yıllar	Rezistans derecesi ve yüzde nisbetleri							
	1 /cc		5 /cc		10/cc		20/cc	
	Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%
1951	13	70,0	—	—	—	—	5	30,0
1952	96	78,7	10	8,1	4	3,2	13	10,0
1953	83	76,0	1	0,7	5	3,7	26	19,5
1954	24	19,0	10	7,0	22	15,0	84	59,0
1955	49	13,0	97	30,0	57	17,0	97	30,0
1956	93	42,5	49	17,0	57	19,0	63	21,5
1957	243	66,5	69	16,0	34	8,5	38	9,0
1958	245	66,5	48	12,0	27	7,3	58	14,2
Yekûn	846	53,5	284	15,0	206	11,0	384	20,5

Bu grafik ilk nazarda büyük bir manâ ifade etmiyor gibi görünüyorsa da, aslında gayet mühim neticeleri meydana çıkarmaktadır. Çünkü bu grafikte iki devre hemen göze çarpmaktadır. Birinci devre 1951 - 1955 yılları arası görülen neticeler, İkinci devre ise 1955 den sonraki yani 1956, 1957 ve 1958 senelerine ait devredir.

Birinci devrede, yani 1951 den 1955 yılı dahil rezistan suşlar birden bire çoğalmaktadır. Sebebi ise bu devrede streptomycin bol miktarda bulunmakta ve serbest olarak satılmaktadır. Her hekim, tabirin mazur görülürse, hiç birşey düşünmeksizin bol bol streptomycin yazmakta ve tavsiye etmektedir. Hastalar da tavsiye eden ve yazan hekim gibi bunun mahzurlarından bihaber ve müdrik olmaksızın bir yerine 10, 10 yerine 20 ve daha fazla miktarda streptomycin kullanmaktadır, çünkü eczanelerimizden herhangi birine girerseniz reçeteye lüzum görülmeksizin istediğiniz kadar streptomycin alabilmektesiniz. İşte bu devrede hastaneye yatan hastaların büyük bir kısmının bakterileri artık muhtelif derecelerde ilâca mukavim vaziyete gelmişlerdir. İlâcin bol bulunması ve rasyonel olarak kullanılmaması bir taraftan has-

Bu rakamları grafik haline getirecek olursak



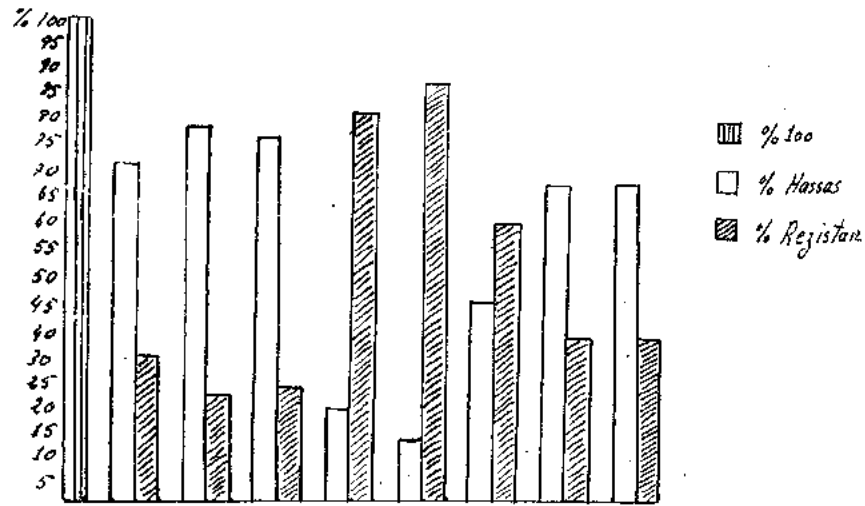
Grafik 2 — Yıllara ve streptomycin kesafetlerine göre rezistans vaziyeti

taların aleyhine olduğu gibi, devlet bütçesinde de mühim bir döviz kaynağının fuzuli yere ısrafına sebep olmuştur. Bu gibi hastalara hastanelerde yapılabilecek yegâne yardım kombine tedavi ile bu mukavemet nisbetini biraz düşürmekten başka birşey değildir. İşte bu vaziyettir ki memleketimizde rezistan bakterilerle enfeksiyon tehlikelerine yol açmıştır.

İkinci devre ise 1956 da başlayarak 1958 senesinin 11 aylık çalışma sonuna kadar olan devredir. Hekimler antibiotiği yazmaya ve tavsiye etmeye devam etmelerine rağmen, kusura bakmayın bir şans eseri diyeceğim, piyasada streptomycin kalmamıştır. Temini çok güçleşmiştir ve gelişi güzel kullanılamamaktadır. Bunun yerine bu sefer İzoniazid kaim olmuştur. Streptomycin ve PAS'a karşı rezistan olarak bakteriler İzoniazide hassastırlar ve bunun tarafından bakteriostat ve bakterisidi neticesi inhibisyona uğratılmaktadır. Buna karşı husule gelen rezistans vaziyeti içimizden birisi tarafından ayrı bir tebliğ olarak huzuru- nuza getirilmiştir.

Bu devrede çar naçar bir müddet için streptomycin kullanılması- na son verilmiş veyahutta yalnız hastahanelerde kullanılmış bulunduğundan, bakteri popülasyonları içerisinde bulunan hassas mikroplar yeniden sahaya hakim olmaya başlamakta ve rezistan bakteriler azalarak yerlerine İzoniazidden müteessir olmayanlar geçmektedir. Rezistans dereceleri nazarı itibare alınmaksızın, bu devrede bulmuş olduğumuz hassas suşlarla rezistan olanlar mukayese edilecek olursa 3 numaralı grafikte görülen neticeler elde edilmektedir.

Beher konsantrasyonda görülen rezistans değişikliklerini daha iyi görebilmek üzere bu rakamlarımızı grafik haline sokacak olursak : —



Grafik Nr. 4 : — Ankara Veremle Savaş Derneği hastanesinde 1954 - 1958 yılları arası görülen İzoniazido - rezistans değişiklikleri

Yukarıki 4 numaralı grafiğin tetkikinden de anlaşılacağı üzere hastanemizde İzoniazide karşı rezistans araştırmalarına ancak 1954 de başlanılmış ve bu ilk senede gayet mahdut bir test sayısı yapılmıştır. Buna rağmen grafikten de görüldüğü üzere elde etmiş olduğumuz suşlarımızın hemen hemen tamamı bu antibakteriyele karşı hassastır. Hafif bir mukavemet kazanmış olanların nisbeti ancak % 24 bulunmaktadır.

Bir sene sonra, yani 1955 de İzoniazidin kullanılmasına bir hız verilmiş olduğu gibi, titraj sahanızda gerek ilaç konsantrasyonu bakımından ve gerekse tetkik edilen suş sayısı bakımından genişletmek mecburiyetinde kalmıştır. 1955 yılında hassas olarak bulunan suşlarımızın sayısı çok azalmış ve % 23,5 ga. muhtelif derecelerde rezistane kazanmış olanlar ise % 76,5 ga yükselmiştir.

1956 senesinde bu nisbet biraz daha yükselme gösterdikten sonra 1957 ve 1958 yıllarında aynen streptomycin de bildirmiş olduğumuz gibi hafif bir gerileme göstermekte isede, gene de yüksek seviyeli bir rezistans görülmektedir. Şöyle ki aşağıdaki 5 numaralı grafikte görüldüğü gibi —

İzoniazide muhtelif derecelerde rezistans kazanmış suşlarımız 1954 de % 24 iken 1955 de % 76,5 e, 1956 da % 77 ye ve 1957 ve 1958 de yeniden biraz gerileyerek % 65 ve % 63,5 e kadar düşmüş olmasına rağmen gene de yüksek bir rezistans nisbeti göze çarpmaktadır.

M Ü N A K A Ş A

Antibio ve simioterapie tabii tutulmamış kimselerden tecrid edilen tüberküloz mykobakterileri, tedavi maksadı ile kullanılan ilaçlara karşı tabii olarak son derece hassas olmalarına rağmen, bunlara karşı çok çabuk alışabilmektedirler. Mamafih bir bakteri popülasyonu içerisinde, bütün mikroplar aynı hassasiyette olmayıp içlerinde daima daha mukavimleri de bulunmaktadır. Nitekim Eyl (13) yapmış olduğu araştırmalarda yüz binlerce hassas koloni arasından bir veya birkaç mukavim koloni de seçebilmektedir. İşte bu bir veya birkaç koloni seleksiyon nazariyesine göre ilacın tesirinden kurtulmakta ve buna karşı daha da fazla ünsiyet kespederek rezistan suşların menşei teşkil etmektedir. Zira seleksiyon nazariyesine göre hassas olanlar ilaç tarafından evvelâ bakteristaz sonra da bakterisidi neticesi imha olunmakta ve bunların yerlerine bakterisidiye uğramayan bakteriler kaim olmaktadır.

Streptomycin bahsinde bu husustaki en iyi örneği Daddi, Lucchesi ve Simeoni (7) vermişlerdir. Çünkü bu araştırmacılar bir defa 1949 da, ikinci defa da 1952 de memleketlerindeki rezistan suşları tayin etmişler ve sonuncu araştırmalarındaki neticelerini birinci araştırmaları ile mukayese ederek çok daha yüksek bir rezistans nisbeti tesbit etmişlerdir. 1949 da rezistan suş nisbeti % 34,9 iken 1952 de bu nisbet % 56,3 e yükselmiştir. Böylece 3 sene gibi kısa bir zamanda % 21,5 gibi yüksek bir artış nisbeti bulmuşlardır.

İzoniazid bahsinde ise 1952 yılında içimizden birisi (2) tarafından yapılan tecrübelerde, tüberküloz mykobakterilerinin buna karşı çok çabuk alıştıklarını göstermiştir.

Tüberkülozum tedavisi sırasında, bazı hastalarda görülen ademi muvaffakiyet teşekkül eden bakteri rezistanlarına bağlıdır (9). Rezistans teşekkülü ise, kullanılan ilaç dozundan ziyade tedavi müddetince, salah ise kendini daha ziyade mykoterapi terk edildikten sonra göstermektedir.

Bir de mükerrer yapılan rezistans testlerinde neticelerin birbirini tutmaması hâdisesi vardır ki gerek klinik ve gerekse laboratuvarı birçok

sualer karşısında bırakmaktadır. Neticelerin bazı bazı değişik oluşu ne ile izah edilebilir? Bu hususları gerek literatür ve gerekse kendi şahsi tecrübe ve görüşlerimize göre inceliyecek olursak:

1 — Rezistans tâyiniinde hiç bir zaman bir tek ferdin rezistansı ölçülmeyp, ki bu ancak mahdut kimseler tarafından (3, 10) araştırma gayesiyle yapılabilmıştır, daima global rezistans tâyini cihazına gidilmektedir. Global rezistana tâyini sırasında hassas ve rezistan bakteriler bir arada ve bir taraftan mikrobun itrah edildiği organ ve tedasüfe bağlı olarak aradaki nisbet az çok değişik olabilmektedir. Çünkü biliyoruz ki, mikropların adenopati veya kavernlerden gelişlerine göre çok değişik bir mukavemet gösterebilmektedirler.

2 — Tedavi sırasında itrah edilen bakteriler antibiotikle yüklü bulunduklarından birçok defa ekildikleri vasatlarda üreyememekte ve haddi zatında rezistan oldukları halde hassas gibi görünebilmektedirler.

3 — Tedavi kesildikten çok uzun müddet sonra yapılan titrajlar ise, hassas olan bakterilerin rezistan olanlara nisbetle daha çabuk olan çoğalma kabiliyetlerinden dolayı, sahaya yeniden hakim olabildiklerinden evvelce rezistan olarak çıkan neticeler, bu sefer global olarak hassas görülebilir.

Bu gibi hâdiseler bilhassa hastanelerden çıkan ve uzun müddet dışarıda kaldıktan sonra tekrar hastaneye dönen kimselerde görülmektedir. Ancak bu demek değildir ki, bu hasta ilâğtan lâıkiyle istifade edilebilecektir. Çünkü daha evvelce de arz etmiş olduğumuz gibi Baudot ve Delaude (9) a göre % 10 rezistan ve % 90 hassas basil karışığı ile zerk edilen kobaylarda antibiyotik tedavisi hiç bir fayda vermemektedir. Görülebilen salah ancak zahiri veyahutta kombine tedavi neticesi olabilir.

4 — Bu hâdiseler bilhassa PAS rezistansta müşahade edildiğinden, b utestten vazgeçilmiştir. Çünkü PAS ile yapılan rezistansın klinikte bir mânası olmakla beraber, kıymetlendirilmesi çok zordur. Tedavi altında bulunan hastaların kan serumlarında PAS konsantrasyonları çok küçük miktarlardan başlayarak cc sinde 320 gr. kadar değişmektedir ve bu varyasyonlar verilmiş tarzına absorpsiyonun doz ve ritmine ve nihayet şahsı birçok faktörlere de bağlı bulunmaktadır. Bundan dolayı titraj metodu ne olursa olsun bu antibakteriyele karşı hassasiyetin kıymetlendirilmesi daima ampitiktir. (11).

NETİCE :

1951 - 1958 yıllarında Ankara Veremle Savaş Derneğinde Streptomycino rezistans bakımından 1881 ve İzoniazide rezistans bakımından 1383 suşun titrajları yapılmıştır. Alınan sonuçlar :

Streptomycino rezistans bakımından :

1 — Rezistans testlerine başladığımız ilk zamanlarda rezistan olan suşlarımız gayet mahdut iken (% 20 - % 30 arası) 1954 de ve 1955 de birdenbire % 81 ve % 87 yi bulmuştur.

2 — Bunu müteakip senelerde rezistans nisbeti düşmeye başlamakta ve 1956 da % 68 ze, 1957 de % 34 e düşerek 1958 de de aynen devam etmiştir.

Neticeleri tahlil ve literatürle mukayese edecek olursak acı fakat bariz hakikatler meydana çıkmaktadır. Çünkü 1951 - 1953 seneleri arası antibiotik memleketimize yeni yeni girmeye başlamış ve istenildiği kadar bulunamamaktadır. 1954 ve 1955 senelerinde memlekette bol miktarda antibiotik mevcuttur ve hiç bir tahdide tâbi tutulmaksızın serbest olarak satılmaktadır.

1956 dan itibaren, bir şans eseri olarak, antibiotik piyasadan biraz çekilmiş ve istenildiği kadar bulunamamakta veya daha güç temin edilebilmektedir. Bundan dolayı rezistan suşların nisbeti de düşmeye başlamış ve 1957 ile 1958 de tekrar normal bir seviyeye düşmüştür.

İzoniazido rezistane vaziyetine gelince :

Testlere başlamış olduğumuz 1954 senesinden bu yana 1383 suş titre edilmiş ve rezistansın streptomycine nazaran çok daha çabuk teessüs etmiş olduğu hemen göze çarpmaktadır. Çünkü ; 1954 de % 24 olan global rezistans nisbeti 1955 de birdenbire % 76,5 e yükselmektedir. 1956 da % 77 ye ve 1957 ile 1958 de % 65 ile % 63,5 e düşmektedir. Bu düşüş tabiatıyla yeni yeni hastaların gelmesiyle de yakinen ilgili olabilir.

LİTERATÜR

- 1 — Gürsel (A) — Türk İhtiyat ve Tecrübi Biol. Derg. 1955 - 15 - 63
- 2 — Gürsel (A) — Türk İhtiyat ve Tecrübi Biol. Derg. 1953 - 13 - 48
- 3 — Pyl (M) — (J. Desbordes - Diagnostic bactériologique des Mycobacteries. — Paris 1951 sayfa 122 den alınmıştır.)

- 4 — Youmans (G. P.) and Karlson (A. G.) — Am. Rev. Tbc. 1947 - 55 529.
- 5 — Gernez - Rieux (CH), Breton, Sevin et Chaffet : - Rev. de la Tub. 1949 - 13 504.
- 6 — Canetti et Rocher : — Progrès de l'exploration de la tuberculose 1950 111 - 59.
- 7 — Daddi, Lucchesi et Simeoni : — Ann. Ist. C. Forl. 1952 - 11 - 151.
- 8 — Melnoté (P), Senault (R), Sadoul (P) et Hutten (R) - Rev. Med. de Nancy 1956 - 81 - 59.
- 9 — Baudot (J) et Delaude (A) : — Rev. de la Tub. 1949 - 13 - 808
- 10 — Youmans (G.P.) and Williston : — Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 1948 - 68 - 458.
- 11 — Coletsoos (J. P.) : — Ann. Ins. Past. Vol. 83, Nr. 4 pg. 491.

ATATÜRK SANATORYOMUNDA TECRİD EDİLEN T. B. BASİLLERİNİN VASATLARDAKİ ÜREME SÜRELERİ İLE MUKAVEMET OLAYLARI ARASINDAKİ MÜNASEBETLER HAKKINDA İNCELEMELER

Dr. İTİ ÜLGENALP

1955, 1956, 1957 senelerinde Sanatoryomuzda yatan hastaların balgamlarından yapılan kültürlerde T. B. basillerinin üreme süreleri tetkik edilmiştir. Çalışmalarımıza tedavi görmüş veya INH almış veya hutta Kombine kemoterapiye tabi tutulmuş hasatların münhasıran balgam kültürleri esas olmuştur.

Yapılan 3353 balgam kültüründen negatif kalanlar, uzun müddet takip edilemeyenler veya suyyur olanlar ayırt edilmiş olup mevzu bahis çalışma 1050 müspet balgam kültüründe incelenmiştir.

Bu miktarın 137 adedi evvelce INH almamış bulunmakta idi. 913 vakaya ise muhtelif miktarlarda INH (yalnız veya Streptomycin, PAS ile kombine) verilmiş bulunuyordu.

Bütün kültürlerde her vaka için 4 adet Lovenstein - Jensen besi yeri kullanılmış olup tecrübelerde Homojenizasyon, ekme tekniği, personal aynen muhafaza olunmuştur.

INH rezistansı katı vasatlarda takip edilmiş olup cm3 de 1,5 gammada 20 koloniden fazla üreme mukavim suş sayılmıştır.

Kültürlerin okunmasında kolonilerin katı vasatlar üzerinde ilk makroskopik görünüşleri nazari itibare alınmıştır. Raklaj sureti ile tespit kabul edilmemiştir.

Kültürü müspet olan 1050 vakanın 302 tanesinin mukavemet deneyi müspet bulunmuştur. (% 28.7)

611 vakanın INH rezistans ı ise menfidir. INH almış veya Kombine tedavi görmüş veyahutta anamnezinde hiç kemoterapiden bahsetmeyen 1050 vakanın balgam kültürlerinde üreme süreleri aşağıdaki şekilde tetkik edilmiştir.

Makroskopik üremeler 15 gün araile sınırlandırılmış olup 60 günden sonrası haftalarla gösterilmiştir. Deneylerimizde eldeki vakalar kemoterapi ve rezistans bulgularına göre 3 kısımda mütalea edilmiştir.

1 — INH almamış 137 vakada üreme süreleri :

0—15 gün arası 15 vaka

15—30 gün arasında 92 vakanın balgamında kültür müspet bulunmuştur.

30—45 gün arasında 25 vaka

45—60 gün arasında 5 vaka

60 günden sonra Vaka sıfır 0

2 — INH almış fakat rezistans bulguları müspet olan 302 vaka :

0—15 gün arası 42 vaka

15—30 gün arası 177 vaka

30—45 gün arası 60 vaka

45—60 gün arası 14 vaka

60 günden sonra 9 vaka

3 — INH almış fakat rezistans bulguları menfi olan 611 vaka :

0—15 gün arası 34 vaka

15—30 gün arası 375 vaka

30—45 gün arası 188 vaka

45—60 gün arası 11 vaka

60 günden sonra 3 vaka

Yukarıdaki üreme süreleri ile beraber katı vasatlardaki koloni adetleride tetkik edilmiştir. Takip edilen kültürlerde 30 güne kadar olan üremelerde % 70 nispetinde makroskopik olarak koloni adedi sayılamıyacak miktarda bulunmuştur.

Üremenin ekstrem safhalarındakilerde ise (12 kültür) vasatı koloni adedi 10 un altında olduğu tespit edilmiştir.

Yukarıdaki tasnifler tetkik edildiğinde 3 grupta da en fazla üreme

15 — 30 gün arasında olduğu görülmüştür. Diğer taraftan INH rezistans müspet bulunan kültürlerde üreme süresinin uzamasına doğru bir tendans müşahade edilmiştir. (45 — 60 gün arasında 14 vaka) Gine bu grupta 0 — 15 gün arasında üreyen kültürlerde bir fazlalık müşahade edilmektedir (42 vaka). Paradoksal gibi görünen bu kültürlerin tetkikinde koloni adetlerinin vasatı olarak % 65 nispetinde diğer gruplardakilerden az olduğu müşahade edilmiştir.

60 INH a rezistan veya Hassas suşların mikst olarak bulunup bulunmadıkları akla gelmektedir.

60 günün üzerinde pozitif bulunan 12 vakanın haftalara taksimi aşağıdaki şekildedir.

Hafta	9	10	11	12	13	14	15	16	Yekûn
Vaka	4	0	4	2	1	1	0	0	12

En fazla takip edilebilen süre 16 haftadır. Geç üreme gösteren 12 vakanın yaş, cins ve klinik durumları bir hususiyet arz etmemektedir. Yalnız bu vakaların 9 adedi INH müspettir. (INH rezistans müspet vakaların % 2,9 u) Bunların rezistans dereceleri muhtelif bulunmuş olup mukavemet dereceleri ile üreme süreleri arasında bir münasebet tespit edilememiştir. Rezistans gösteren grubun, 45 — 60 gün arasında üreyen vakalarda 1, 5, 10 gammaya mukavim suşlara mukabil, 60 gün

üzerinde üreyenlerde 1 gammaya mukavim basiller mevcuttur. Diğer taraftan geç pozitif ve mukavim 9 suşun yapılan deneylerde (orijinal usul) Katalaz akitelerini kaybetmiş bulundukları tespit edilmiştir.

NETİCE :

- 1) Geç pozitive suşlar nadirdir. (Grosset)
- 2) INH ile temas veya INH rezistansında üreme yüzde itibari ile gecikmektedir.
- 3) Bütün geç üreme gösteren vakalarda koloni miktarı azdır.
- 4) Geç üremenin INH rezistans derecesi ile alakası yoktur.
- 5) INH mukavemet gösteren vakalarda erken üreyen suşlarda mevcuttur.
- 6) Ekstrem üremelerin INH almış veya Rezistans gösteren vakalarda görülmüş olması dolayısı ile başka yollarla kültür elde edilemediğinde veya bizzatihi kültür vasatları mükemmelleştiremediği takdirde, bu nevi balgamların kültürleri normal sürelerin üstünde bekletilmesi uygun olacaktır.

—oOo—

TÜBERKÜLOZ BAKTERİYOLOJİSİNDE VİRÜLANS BAKIMINDAN YENİLİKLER (*)

Dr. Harika Engez

Dr. Reşat Engez

Son zamanlarda geniş araştırmalar neticesinde tüberküloz basillerinde kültürasyon, metabolizma, sellüler morfoloji, aside mukavemet, virülans, tecrübe hayvanlarında hastalık tevliidi gibi muhtelif cephelerden bir çok yenilikler kaydedilmiştir. Bunlar arasında bilhassa virülans üzerinde yapılan tecrübeler sayılamayacak hayret neticeler vererek tüberküloz basili hakkında bilinen klâsik noktayı nazarların tashihi lüzumunu meydana çıkarmıştır.

[*] Heybeliada Sanatoryumu

Eski nazariyeye göre mikobakteriler aside mukavemet, flajel ve spor teşkil etmemek ve hareketsiz olmak gibi sabit hususiyetler göz-önünde tutularak mikropların mantarlar arasında mütalâa edilmekte ve bunlar da saprofit ve patojen olarak iki grupta toplanmakta idiler ve patojen olanlara memelilerin tüberküloz basili ismi verilmekte idi.

Fakat son zamanlarda yapılan yeni çalışmalar neticesinde, tabiatte saprofit kabul edilen aside mukavim basillerin esas tüberküloz basili-nin bir başka şekli olabileceği ihtimali üzerinde durulmaktadır. Hakika-ten memeli tip tüberküloz suşları arasında zaman zaman avirülan var-yantların izolasyonu tabiatte saprofit kabul edilen pek çok mikobakte-rilerden bazılarının bazı ahvalde insan veya hayvan vücudünde hasta-lık meydana getirebileceğini düşündürmektedir. Bu hususların aydın-lanması gayesiyle yeni elektron mikroskobu tekniği ile yapılan geniş ça-lışmalarda da enteresan neticeler elde edilmiş, mikobakterilerin hayat zencirlerinin tetkikinde flajelli, sporlu, hareketli safhalar tesbit edilmiş-tir. Hattâ aside mukavemet hassalarının dahi zaman zaman sabit olma-dığı görülmüştür. (1, 2, 3, 4, 5).

Bu yeni noktayı nazarlar göz önünde tutularak tüberküloz enfek-siyonunda teşhis ve tedavi bakımından büyük ehemmiyeti haiz olan, ba-sillerin virülansları üzerinde biz de lâboratuvarımızda yapmış olduğumuz çalışmalarını burada bildirmek istiyoruz.

Materyel :

Hasta balgamlarından ve balgamı menfi hastalardan rezeksiyonla çıkarılmış akciğer parçalarından taze olarak izole edilmiş basillerle, kül-tür vasatlarında 1,5-2 senedenberi pasaj yapılarak hayatîyetleri devam ettirilmekte olan bazı suşlar gibi muhtelif menbalardan elde edilen ve antibakteriyellere hassas ve mukavim gurupları ihtiva eden 40 tüberkü-loz basili suşunun virülansları tetkik edildi.

Metot :

Virülans tetkikinde, eskidenberi mâlûm olan klâsik kobay inokulas-yonları ile birlikte, son zamanlarda bildirilen katalazik aktivite, koloni morfolojisinin tesbiti ve sitişimik test olmak üzere 4 metot aynı za-manda paralel olarak kullanıldı (1, 2, 6, 7, 8.).

Tecrübe :

Tüberkülozlu hasta balgamlarından izole edilen, (10 §/cc.) Strep-tomisin ve (5 f/cc.) İzoniazid'e hassas 5, mukavim 5 olmak üzere 10

suş, tüberkülozlu akciğerlerin rezeksiyonla alınmış parçalarından izole edilen yine hassas 5, mukavim 5 olmak üzere 10 suş, lâboratuvarında süb-kültürlerle muhafaza edilen ve mevzuubahs ilâçlara tamamen hassas 5 suş ve burada artan miktarlarda ilâçlı vasatlarda üretilmek sureti-le teşekkülü sağlanan ve yalnız (10 f/cc) SM'e mukavim 5, (5 f/cc.) İNH'e mukavim 5 ve her ikisine birden mukavim 5 olmak üzere 20 suş ve kontrol olarak tecrübeye dahil edilen H₂ R_v, H₂ R_a olmak üzere cem'an 42 suşun 4 metotla virülansları kontrol edildi.

Netice :

Tabloda hülâsa edilmiştir. Buna göre, balgamdan izole edilen, Sm ve İNH hassas ve mukavim olan suşların kontrolunda tamamen virü-lan oldukları görüldü. (% 100). Akciğerlerden rezeksiyonla alınmış olan piyeslerden izole edilen ilâçlara hassas 5 suşdan 4'ü virülan (% 80), L'i virülansı azalmış (% 20) olarak bulundu. Mukavim olan 5 suşun ise 3'ü virülan (% 60), 1'i virülansı azalmış (% 20) ve 1'i de avirülan (% 20) olarak bulundu. Lâboratuvar kültürlerine gelince bunlar baş-langıçta kobay tecrübesiyle tamamen virülan idiler. 1-5-2 senedenberi sübkültürlerle muhafaza edilen bu suşların bir kısmı hassas diğerleri artan kesafette ilâç mahlullerinde üretilmek suretile ilâçlara mukavim kılınmıştı. Tecrübemizde bunlardan hassas olan 5 suşun 3'ü virülan (% 60), 2'si virülansı zaif (% 40), her iki ilâca mukavim 5 suşun 3'ü virülan (% 60), ve 2'si virülansı zaif (% 40) olarak bulundu. Yalnız SM'e mukavim 5 suşun 3'ü virülan (% 60), 2'si virülansı azalmış (% 40) olarak bulundu. Buna mukabil SM'e hassas fakat İNH mukavim 5 suşun ise 1'i virülan (% 20), 2'si virülansı zaif (% 40), si ise avirü-lan (% 40) oldukları görüldü.

Münakaşa :

Bu çalışmamızdaki neticelerin tetkikinden şu müşahedeler meyda-na çıkmaktadır :

1 — Akciğer tüberkülozlu hastaların balgamlarından izole edilen taze kültürlerdeki tüberküloz basilleri tamamen virülandır. (10 f/cc.) SM ve (5 f/cc) İNH olarak kullanılan antibakteriyellere hassas ve mu-kavim suşlar arasında bir fark bulunamamıştır.

2 — Tüberkülozlu hastaların balgamında basil menfi olmakla bera-ber, ameliyatla çıkarılmış olan akciğer piyeslerinden izole edilebilen yine taze kültürlerde ki basillerde ise virülans bakımından farklar bulunmak-tadır. Antibakteriyellere hassas olan suşların % 80'i virülan olmakla

beraber % 20 sinde virülans zayıflamıştır. Mukavim suşların ise % 60 virülen, % 20 virülansı zayıf, % 20 nisbetinde de avirülen oldukları tesbit edilmiştir.

3 — Laboratuvar da 2 — 3 ayda bir pasajlarla 1,5 — 2 seneden beri muhafaza edilen sübkültürlerdeki tüberküloz basilleri ise, başlangıçta tamamiyle virülen olan bu suşların bu müddet sonunda virülanslarında zayıflama müşahade edilmektedir. Hassas suşlarda hem virülen hem de virülansı zayıf basillerin, mukavim suşlarda ise her iki varyantla beraber avirülen basillerin de mevcut olduğu görülmektedir. İlaçlara hassas veya yalnız SM'e mukavim suşlarda basillerin % 60 virülen olmasına mukabil % 40'ının virülansları zayıflamış olarak bulunmaktadır. Yalnız İNH mukavim suşlarda ise virülen basillerin nisbeti daha azalmakta ve bunların yanı sıra basillerin % 20 avirülen oldukları görülmektedir. Netice olarak denebilir ki hasta balgamında ntaze izole edilen basillerin tamamiyle virülen olmalarına mukabil akciğer lezyonlarında mahsur bulunan basillerle, sun'i vasatlarda hayatîyetleri devam eden basillerin virülansı azalmakta ve ilaçlara bilhassa İNH mukavim olanlarda kaybolmakta ve % 20 nisbetinde avirülen hâle gelmektedirler.

Akciğer lezyonlarında oksijen, CO₂ kesafeti, PH derecesi, toksik maddeler ve keza basillerin toksik fermentasyon mahsulâtı gibi mevcut kimyevi ajanların tesirile tüberküloz basillerinin hayatîyetini tahdit eden gayri müsaid şartların meydana geldiği bilinen bir keyfiyettir. Bilhassa eski, kapalı lezyonlarda bu şekilde inhibisyona uğrayan basillerin üreme kabiliyetleri çok azaldığı gibi virülanslarında da değişiklikler meydana gelmesi beklenebilir. Keza eski laboratuvar kültürlerinin de sun'i vasatlardaki gayri müsaid şartlar dolayısıyla, pasajlar neticesinde böyle değişiklikler göstermesi evveliden beri malumdur.

Fakat son zamanlarda, bilhassa elektron mikroskobu ile tüberküloz basilleri üzerinde yapılan geniş çalışmaların neticesinde enteresan noktayı nazarlara ortaya çıkmıştır. (4). Buna göre tabiatda mebzul miktarlarda tesadüf edilen ve basil de Koch kabul edilen aside mukavim basiller esasında virülen değildirler. Ancak bunların bir kısmı, misafir bulundukları uzviyette ve bazı hâl ve şartlarda bir virüs hâlinde transfer olmakta ve hücreler için nekrotizan maddeler meydana getirmektedirler. Bu şekilde hastalanan bir tüberkülozlu insanda teşekkül eden virüslerin serbest kalmaları ve diğer saprofit aside mukavim basilleri enfekte etmeleri neticesi de bildiğimiz hakiki tüberküloz basilleri teşekkül etmektedir. Bizim tecrübelerimizde de görüldüğü gibi, taze balgamdaki basillerin tamamiyle virülen olmalarına mukabil eski lezyon ve kültürlerdeki basillerin virülanslarının azalmış ve hattâ kaybolmuş bulunmaları bu

noktayı nazarı akla yakın göstermektedir. İhtimâl ki aktif lezyonlardaki virütik stimülasyonun tesirinden uzak kalan basiller zamanla virülanslarını kaybedecekler ve saprofit aside mukavimler hâline dönebileceklerdir.

Saprofit aside mukavim basillerin hemen hemen hepsinin antibakteriyel ilaçlara mukavim oldukları malumdur; bu tecrübelerimizde görüldüğü şekilde lezyon ve eski kültürlerdeki ilaç mukavim basillerin virülanslarını kaybetme nisbetinin hassaslara nazaran daha yüksek olması da bize, bu yeni nazariyenin daha ehemmiyetle ele alınması kanaatini vermektedir.

İhtilâsa :

Tüberkülozlu hasta balgamlarından izole edilen taze kültürlerle, balgamı menfi hastalardan rezeksiyonla çıkarılmış akciğer parçalarından ve eski laboratuvar sübkültürlerinden SM ve İNH hassas ve mukavim grupları ihtiva eden 40 tüberküloz basili suşunun kobay inokülasyonu, katalazik aktivite, koloni morfolojisi ve nötral red testleri olmak üzere 4 metotla virülansları kontrol edildi. Neticede; taze balgamdaki basillerin tamamiyle virülen olmalarına mukabil akciğer lezyonları ve eski kültürlerdeki basillerin virülanslarının azaldığı (% 40) ve hattâ avirülen hâle geldikleri (% 20) tesbit edildi. Bu müşahedeler, son zamanlarda elektron mikroskobu tekniği ile yapılan çalışmalar neticesinde ortaya atılan ve basil de Koch dediğimiz aside mukavim basillerin, esasında tabiatte mebzul olarak bulunan saprofit aside mukavim basiller olduğu ve ancak tüberkülozlu şahıslarda bazı hâl ve şartlarda virütik bir transfer ve nihayet enfeksiyon neticesinde tağayüre uğrayarak patojen hâle geçtikleri şeklindeki yeni nazariyenin üzerinde durulması ehemmiyetini ortaya koymaktadır.

LİTERATÜR

- 1 — Middlebrook, G., Revue Suisse de la Tuberculose Fasc. 3, February, 1950.
- 2 — Yegian, D., Kurung, J., Am. Rev. Tuberc. Vol. 65, no. 2, 1952.
- 3 — Dubos, R., Am. Rev. Tuberc., Vol. 67, no. 6 June 1953.
- 4 — C. Xlabarder., Instituto Antituberculoso (El origen del bacilo de Koch) Barcelona 1954.
- 5 — Engez, H., Türkiye Hijyen ve Tercübi Biyoloji Der. Cilt. 15, S. 1, 1955.
- 6 — Middlebrook, G., Bulletin of the N. Y. Academy of medicine, V. 26, N. 7, 1956.
- 7 — Engez, H., Engez, R., III Tüberk. Kongresi, 1957.
- 8 — Gökçe, T., I., Engez, H., Bul. of the inter. union against Tube. V. 26, N. 3 July - October 1956.

ORJİNİ MUHTELİF TÜBERKÜLOZ BASİLLERİNİN VİRÜLANSLARI

Kontrol edilen suş				Virülans testleri				Virülans					
Sayı	Orijini	Rezistans		Katalaz aktivite		Nöt. red. reak.		Kord şekli		Kobay inok.		Netice	
		Suş	SM INH	S.	Net.	S.	Net.	S.	Netice	S.	Net.	S.	Netice
10	Balgam	5	Hassas	5	+	5	+	5	++++	5	++++	5	++++
		5	Mukavim	5	—	5	+	4	++++	5	++++	5	++++
10	Akciğer pıyesleri	5	Hassas	5	+	4	+	4	++++	4	++++	4	++++
		5	Mukavim	5	—	3	+	3	++++	3	++++	3	++++
20	Laborat. subkültür.	5	Hassas	1	+	3	+	3	++++	3	++++	3	++++
		5	Mukavim	4	—	2	—	2	++++	2	++++	2	++++
20	H R 37 v	5	M H	5	—	3	+	3	++++	3	++++	3	++++
		5	H M	5	—	1	+	1	++++	1	++++	1	++++
20	H R 37 a	1	Hassas	5	+	1	+	1	++++	1	++++	1	++++
		1	Hassas	5	—	4	—	4	++++	4	++++	4	++++

Kord şekli :

(++++)

Floktüan tip üreme

(O)

Grandüler tip üreme

(—)

Diffüz tip üreme

Kobay inokülasyonu :

(++++)

Jeneralize tüberküloz

(—)

Yalnız inokülasyon yerinde reaksiyon, iç uzuvlarda nadiren tüberküloz

(—)

Makroskopik, bakteriyolojik ve histolojik olarak tüberküloz menfi.

Virülans :

(++++)

Virülans

(—)

Virülansı zayıf (BCG) gibi

(—)

Avirülans

İZONIAZİDE REZİSTAN TÜBERKÜLOZ BASİLLERİNİN EPİDEMİYOLOJİK EHEMMİYETİ [*]

Dr. Nusret KARASU (*) — Dr. Orhan ÖĞER (**) — Dr. Aral GÜRSEL (***)

Dr. A. Hilmi GÜRSES (****)

İzoniazide rezistan tüberküloz basillerinin kobaylarda patojenitesi-
nin azaldığına dair son senelerde literatürde hayli neşriyat vardır (1, 2,
3, 4, 5, 6.) Acaba; kobaylarda patojenitesi azalan bu rezistan basillerin
insan epidemiyolojisindeki değeri nedir? Filhakika, bu sorunun cevabı ve-
rilebilmek için, klinik müşahedeler esas alınarak bazı otörler tarafından
neşriyat yapılmıştır. Bunlara göre münferit vakalar da olsa, İNH'e
(İzoniazid) rezistan basillerle akciğerlerde tüberküloz lezyonları husu-
me gelebilir. (7, 8). Fakat bu gibi neşriyata oldukça nadir rastlanıyor.
Bu hususu aydınlatmak için İNH'e rezistan basillerle insanlarda doğ-
rudan doğruya tecrübi enfeksiyon denemez. Bu sebeple çalışmalarımız-
da İNH'e rezistan basillerin epidemiyolojik ehemmiyeti indirekt bir me-
tolla aydınlatılmaya gayret edilmiştir.

Çalışmalar, Ankara Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, An-
kara Veremle Savaş Dernek Hastahanesi ve Dispanserleriyle, Refik Say-
dam Merkez Hıfzıssıha Enstitüsü Tüberküloz Şubesinde yapılmıştır. Çä-
lışmalara nisan : 1957 başlanılmıştır. İlk 1 senelik neticeler burada ifa-
de edilmiştir. Çalışmalar devam etmektedir.

Çalışmalarımız 3 grup üzerinde yapılmıştır:

1 — İNH tedavisi görmemiş ve hastalıkları ilk defa dispanserleri-
mizde tespit edilmiş primer tüberkülozlulardan basil izole edilmiştir. Ve
izole edilen basillerde idantifikasyon, rezistans testleri ve katalaz reak-
siyonları yapılmıştır.

2 — Lâalettayin ve halk arasında dolaşan 100 açık tüberkülozlu-
da İNH rezistansı tayin edilmiştir.

- (*) Ankara Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniği Profesörü.
(**) Ankara Veremle Savaş Derneği 1. No. lu Dispanser Bş. Tbb.
(***) Ankara Veremle Savaş Derneği Hastahanesi Bakteriyologu.
(****) Ankara Veremle Savaş Derneği 2. No. lu Dispanser Tbb.

3 — Asgari 2 senedenberi İNH e rezistan basil çıkardıkları bilinen
vakalarla gene aynı müddet esnasında basilleri İNH e hassas olan va-
kaların aileleri taranmış ve bu ailelerde yeniden husule gelen tüberkü-
loz musabiyeti mukayeseli olarak etüd edilmiştir.

BULGULARIMIZ :

1 — 1, 2, 3, 4, nolu Ankara Veremle Savaş Derneği Dispanserle-
rine müracaat eden ve müracaat zamanına kadar hiç bir tüberküloz te-
davisi görmeyip hastalıkları yeni tespit edilen 94 primer akciğer tü-
berkülozlu hastanın —bunların yaşları 2 ilâ 15 arasındaydı— kragala-
rı ve kragâ çıkaramayanların mide suları Löwenstein - Jensen besi ye-
rine ekildi. Bunlardan 27 hastanın basilleri kültür yerinde çoğaltılabil-
di. Bu 27 süşun yukarda arzedilen şekilde İNH e karşı rezistansları
araştırıldı. Hepsi İNH'e hassas ve katalaz müspet bulundular.

2 — Asgari 2 senedenberi (0, 5 — 50 gama/cc) rezistan basil çı-
kardıkları bilinen 9 hastanın; 20 kişilik aile fertlerinde yeni bir enfek-
siyon olmadığı; buna mukabil 2 senedenberi İNH e hassas basil çıkar-
dıkları bilinen diğer 9 hastanın 43 kişilik aile fertlerinde 2 açık ve 14
kapalı yeni enfeksiyon olduğu görüldü.

3 — Halk toplulukları arasında serbestçe dolaşan açık tüberküloz-
luların ne nispette İNH e rezistan basil çıkardıklarını tespit maksadı-
yla 100 açık tüberkülozlu hastanın basillerinin İNH rezistansı araştırıl-
dı ve bunlardan % 19 unun İNH e rezistan basil çıkardıkları tespit
edildi. Bu 100 açık vakadan % 65 inin basil İNH rezistan basil çıkar-
dıkları tespit edildi. Bu 100 açık vakadan % 60 inin basilleri İNH e
hassas ve % 16 sının basilleri ise (0, 1—0,5 gama/cc) konsantrasyo-
nundaki hudut hassasiyette bulundu.

MÜNAKAŞA :

Araştırmalarımızın 1. nci kısmında hiç İNH tedavisi görmemiş 94
primer akciğer tüberkülozlu hastadan basillerini izole ettiğimiz 27 si-
nin İNH e hassas basil çıkardıkları tespit edilmişti. Bu bulgular diğer
müelliflerin bulgularına uymaktadır. Meissner, hiç İNH tedavisi görme-
miş 900 hastanın hiç birisinde İNH e rezistan basil görmediği gibi; 270
yeni husule gelmiş primer çocuk tüberkülozunda da yalnız 1 çocuğun
mide suyundan 50 gama/cc. İNH e rezistan basil etmiştir. (9, 10). Fa-
kat Müellifin bildirdiği gibi bu çocuğun babası 50 gama/cc. İNH e re-

zistan basil çıkaran kronik bir hasta idi. Acaba; çocuğun babasından aldığı ve midesine intikal etmiş bulunan basiller tespit edilerek Müellifi yanlış bir fikre götürmüş olamaz mı? Bu müellif, başka bir çalışmasında, hiç İNH tedavisi görmemiş 1060 kâhil ve 679 çocuk tüberkülozundan yalnız 2 vakada İNH e rezistan, katalaz negatif virülansı zayıf basil tespit etmiştir. (11). A.D. Chaver ve arkadaşları ise, 663 hastadan ancak 5 inde (% 0,75) İNH e rezistan basil bulmuşlardır. (12). Görüldüğü gibi İNH e rezistan tüberküloz basillerinin epidemiyolojik önemiyetleri çok azdır.

Araştırmalarımızın 2. nci kısmında; halk arasında serbestçe dolaşan 100 açık tüberkülozlu hastadan % 19 unun İNH e rezistan basil çıkardıkları bulunmuştur.

Bu gösteriyor ki; muhtemelen Ankarada % 19 vaka İNH e rezistan basil çıkarmakta ve halk arasında serbestçe dolasmaktadır. Eğer İNH e rezistan basillerin epidemiyolojik önemiyeti, İNH e hassas basiller kadar bulunsaydı; bu takdirde araştırmalarımızın 1. nci kısmında tespit ettiğimiz 27 primer vakanın da basillerinin % 19 a yakın nisbette İNH e rezistan bulunması lâzım gelirdi. Bu 27 vakada basillerin hepsi İNH e hassas bulunmuştur. Tetkik edilen literatürde İNH e rezistan basille en yüksek enfeksiyon A. D. Chaver ve arkadaşlarına ait olup % 0,75 tir.

Araştırmalarımızın 3. ncü kısmında; İNH e hassas ve rezistan basil çıkaran ve asgari 2 senedenberi İNH tedavisi altında bulunan 9 hastanın aileleri taranmış ve bu 2 grup hasta ailelerindeki tüberküloz musabiyeti mukayeseli olarak incelenmiştir. İNH e rezistan basil çıkaran 9 hastanın 20 kişilik aile fertlerinde, İNH rezistansından sonra yeniden husule gelmiş bir yeni enfeksiyona rastlanılmasına mukabil; İNH e hassas basil çıkaran diğer 9 hastanın 43 kişilik aile fertlerinde 14 kapalı ve 2 açık akciğer tüberkülozu musabiyeti tespit edilmiştir. Bu tetkik de; İNH e rezistan tüberküloz basillerinin epidemiyolojik önemiyetlerinin olmadığını göstermektedir.

NETİCE :

3 grup çalışma ile İNH e rezistan tüberküloz basillerinin epidemiyolojik önemiyeti araştırılmıştır. 1. nci grupta, İNH tedavisi görmemiş 27 primer vakadan izole edilen basillerin hepsinin İNH e hassas ve katalaz müspet oldukları tespit edilmiştir. 2. nci grupta, halk arasında serbest dolaşan 100 açık tüberkülozlu hasta basillerinde % 19 nispetinde İNH rezistansı tespit edilmiştir. 3. ncü grupta asgari 2 se-

nedenberi İNH tedavisi gören ve İNH e rezistan basil çıkaran 9 hasta ile İNH e hassas basil çıkaran 9 hastanın aileleri taranmış ve İNH e hassas basil çıkaran hastaların ailelerinde % 35 nispetinde yeni sırayet ve hastalık tespit edilmiş; İNH e rezistan basil çıkaran hastaların ailelerinde ise yeni bir enfeksiyon bulunmamıştır. Biz; İNH e rezistan tüberküloz basillerinin epidemiyolojik önemiyetinin olmadığı ve binaenaleyh; muhitleri iyi kontrol edilemeyen açık tüberkülozlulara daimi İNH verilerek basillerinin rezistan hale getirilmesiyle yeni bulaşmaların önlenebileceği ve bu bakımdan İNH'in profilaktik önemi bulunduğu kanaatindeyiz.

LİTERATÜR

- (1) — W. Steenken Jr., E. Wolinsky. Virulence of tubercle bacilli recovered from patients treated with INH. Amer. Rev. Tuberc. 1953, 68, 548.
- (2) — I. Vidinel. Isoniazide rezistan tüberküloz basillerinin virülansı üzerinde araştırmalar. Tüberküloz ve Toraks. 1955 - 1956, Vol 13, No. 6, Vol 4., No. 1 — 2.
- (3) — Meissner. G. Zur Frag der Virulenz chemoresistenter Tuberkelbakterien. III. Mitteilung. Beitrage zur Klinik der Tuberkulose 1955, 113, 82.
- (4) — Ch. Gernez — Rieux, A. Tacquet, E. Houcke, M. Farbo, A. Gerard et C. Voisin. Virulence pour le cobay le lapin, le Souris et le Hamster des bacilles tuberculeux resistants a l'isoniazide.
- (5) — Ch. Gernez — Rieux ve arkad. Le probleme de l'INH. Resistance et ses incidences en therapeutique phthisologique. Ext. De Lille Med. De Juillet 1956, 3 serie, anée 1956, Tome 1, No. 3.
- (6) — G. Middlebrook. Isoniazid resistance and catalase activity of tubercle bacilli Amer. Rev. Tuberc. 1954, 69, 471.
- (7) — Von U. Balamus und Ponick.
- (8) — Schrödter, S. Über eine laboratorius infektion mit tuberkelbakterien, die eine sensibilitätsminderung gegen stertomycin und INH aufwiesen. Januar 1956, 10, 1, S. 28.
- (9) — G. MEISSNER. Isoniazid resistente tuberkelbakterien. Fortschritte der tuberkuloseforschung 7, 52 — 101. S. Karger, Basel/New - York, 1956.
- (10) — E. Klein. —, G. Meissner. Eine fall primartuberkulose, hervorgerufen durch isoniazidresistente, virulenz geschadigte tuberkelbakterien. Beitrage Klinik der Tuberkulose, Bd. 115. S. 303 — 309, 1956.
- (11) — Meissner, G. Diagnostische und biologische probleme der isoniazidresistenten tuberkelbazillen. 1. Experimentelle untersuchungen an INH — resistenten Tb. bakterien. 14. Internat. Tbc. Conf., New - Delhi, 7. - 11/1/1957. Bull. Union Internat. Contre. Tbc. 26, 240 bis 259 (1956).
- (12) — A. D. Chaver ve arkadaşları. Amer. Rev. Tub. 1956 - 74 - 293.

—oOo—

**MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS SUĞLARININ
İZONIAZİD REZİSTANS, KATALAZ VE VIRULANS ARASINDAKİ
MÜNASEBETLERİ ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA [*]**

Dr. Aral GÜRSEL

İzoniazidin tüberküloz tedavisine girmesiyle, bilhassa son seneler zarfında gerek klinik ve gerekse araştırma laboratuvarları birçok müşkül-lerle karşı karşıya kalmış bulunmaktadır. Zira İzoniazido - rezistan suşların ve atipik türlerin meydana çıkması ile, hakiki tüberküloz mykobakterileri ve atipiklerle saprofit AAR (asido - alkoolo - rezistane) ların tefriki teşhisi çok güçleşmiştir.

Atipik suşların meydana gelişi, İstanbulda toplanacak olan XV ci Beynelmîl Tüberküloz kongresinin esas mevzuu olmakla ve orada uzun uzadıya münakaşalarının yapılacağını nazarı itibare almakla beraber, memleketimizde şimdiye kadar elde etmiş olduğumuz neticeleri Dr. İ. Vidinel ile müşterek olarak ayrıca arz edeceğiz.

İzoniazidle temasa gelmiş tüberküloz mykobakterilerinde husule gelen bünyevi değişikliklerle, kazanmış oldukları yeni yeni karakterleri ve bunların diğer mykobakterilerden tefriki meselesi ise burada ele alınarak, Rezistans, Katalaz ve Virulans arasındaki münasebetleri aydınlatmaya çalışacağız.

Mykobakteriler arasındaki bu evsaf değişiklikleri, bakteri organizmasındaki enzimatik sistemle ilgilidir. J. Desbordes ve Et. Fournier (7) bütün AAR bakterilerin enzimatik ekipmanlarının aynı veya çok yakın diastazlardan ibaret olduğunu ve virulan suşların avirulanlara nispetle «O» i daha fazla sarfettiklerini bildirmiş oldukları gibi, aynı araştırmacılar 1954 de (8) virulans faktörünün periferik olan lipidik lipidik zonada bulunduğunu ve bu faktörün mykobakterilerin in sitü çoğalmalarında da mühim rol oynadığını bildirmişlerdir. H. J. Corper ve V. James (6) Mykobakteri anzimlerinin, ancak yüksek canlı organizmalarda bulunabilen anzimler terkinde olduğunu ve antibiyoterapinin bu anzim sistemine istinad ettiğini bildirmişlerdir.

Bilhassa enzimatik sistem üzerine tesiri ile müessir olmasından dolayı, İzoniazidin tüberküloz tedavisine girmesiyle kurulmuş olan dü-

Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü çalışmalarından.

zen alt üst olmuştur. Bundan dolayı İzoniazid tedavisine bağlanmasından az bir zaman sonra G. Middlebrook (16) M. W. Fisher (10), J. R. Dubos (1953) in vitro olarak, W. Steenken ile E. Wolinsky (24) in vivo olarak İzoniazido rezistan tüberküloz Mykobakterilerinin kobaylar için virulanslarını kaybettiklerini bildirmişlerdir. Daha sonraları Rist, Libermann, Grumbach ve Levaditi (22) bazı araştırmacılar tarafından Steenken ve Wolinsky nin buluşlarına yapılan itirazlara cevap vererek, İNH rezistan bakteri zerkleri ile geç husule gelen hastalık lezyonlarının, bunlarla birlikte, az dahi olsa, bulunabilen hassas bakteriler tarafından husule getirildiği bildirmekle beraber, İzoniazido rezistan suşların atenuasyona uğrayan patojenitelerinin dahi B. C. G. ye nispetle çok daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bloch, Widelock ve Feiler (11) ve Morse, Weiser, Fusilo, Dail ve Evans (19) a göre kobaylar üzerinde gayet bariz olan virulans atenuasyonu, fareler üzerinde tayin edilememektedir. Rist ve arkadaşlarına (23) göre ise 8 günlük Dubos vasatı kültüründen 32 - 35 günlük farelere 0,5 mgr. (takriben 0,25 mgr. canlı basil) zerk edildiği zaman fareler muntazaman ölmektedir. Almanyada, Meissner (14) insanlardaki enfeksiyonları ele alarak 1200 yeni kâhil enfeksiyonundan hiç bir tanesinde, 90 çocuğa ait enfeksiyon ise 6 sında spontan bir İNH rezistans tesbit etmiştir.

Bunların virulansları ile çocuklardaki inkişafı hakkında o zaman için hiç birşey bilinmemekte idi. Bu gün için incelenip incelenmediğine dair bir literatüre tesadüf edemedik.

Middlebrook (17) ve Wolinsky, Smith ve Steenken (26) İNH rezistan mykobakterilerin kobaylarda enfeksiyon husule getirmemelerini katalaz aktivitelerinin kaybolmasına atfetmektedirler. Yine Middlebrook (18) yukarıki hususları göz önüne alarak, İNH ile tedavi göre hastalardan tecrid edilen suşlarla ilk virulans denemelerini de yapmıştır. Kendisinden sonra bu hususlar daha pek çok kimseler Bonicke (3), Meissner (15), Nouffiard (20) tarafından da ele alınarak denenmiş ve daha ilerilere götürülerek tetkik ve teyid edilmiştir.

Materiyel ve metod :

Memleketimizdeki İNH rezistan suşların gittikçe artması bizleri İNH rezistans, katalaz ve virulans arasındaki münasebetleri araştırmaya sevk etti. Bunun için 1957 senesi zarfında ve 1958 senesinin 11 aylık devresinde Enstitümüze tüberküloz bakımından muayene için gelen patolojik materyellerden 1098 suş tecrid ederek, bunlar üzerinde bir taraftan rezistanslarının tayini, diğer taraftan katalaz aktivitelerinin

ölçülmesi ve İNH'ya muhtelif derecelerde rezistans gösteren suşlar arasında virulans denemelerini yaptık. Virulans denemeleri için bir taraftan tecrübi zerkler diğer taraftan da Neutral red reaksiyonunu kullandık. Kord faktör üzerinde herhangi bir araştırma yapamadığımızdan üzüntü duymaktayız. İleride bu faktörü de tecrübelerimize eklemeyi bir vazife saymaktayız.

İNH rezistans denemelerini aşağıdaki konsantrasyonlar muvacehesinde denedik. 0, 0,1, 0,5, 1, 5, 10, 25, 50 /cc kontrol tüple mukayese ederek aynı derecede üreyen en son tüp suşun rezistans derecesini göstermekte ve üremeyen ilk tüp de hassasiyet konsantrasyonunu vermektedir.

Katalaz aktivitesi denemeleri için ise Almanyada Borstel Tüberküloz araştırma Enstitüsünün kalitatif olan lam metodu (2) kullanılmıştır. Kantitatif olarak alat noksanlığından dolayı gelişemedik. Metod temiz bir lamen üzerine büyüdükçe bir damla reaktif konarak, üzerine iyi üremiş tüberküloz kültüründen bir öze dolusu koymaktan ibarettir. Katalaz müsbet olduğu takdirde bir dakika içerisinde bir köpürme husule gelmektedir. Reaksiyon köpürme derecesine göre + ve ++ ile derecelendirilir. Katalaz aktivitesi çok azaldığı zamanlarda ise ± reaksiyonu ancak görülebilmektedir. Hiç bir köpürme husule gelmezse reaksiyon menfidir.

Neutral red reaksiyonu : Desbordes tarafından tadil edilen Dubos usulü kullanılmıştır (9, 12).

Tecrübi zerkler — İNH rezistan olarak bulunan suşların her birinden ikişer kobaya, arka bacadan inguinal nahiye 0,1 mgr. bakteri zerk edilmiştir. Zerkler her seferinde tartılmayıp, kendimize göre ayarlanmış olduğumuz bir öze dolusu bakteri zerk etmekle yapılmıştır. Zerk edilen kobaylar 3 ay müşahedede bırakıldıktan sonra sakrifiye edilerek, görülebilen lezyonlardan B. K. kültürleri yapılmıştır. Elde edilen yeni kültürlerden tekrar kobay zerkleri yapılarak, lezyonları birinci zerkle elde edilen lezyonlarla mukayese edilmiştir.

ÇALIŞMALARIMIZ

Yukarılarda da arz etmiş olduğumuz gibi 1957 senesi zarfında ve 1958 senesinin 11 aylık devresinde tecrid edilen suşlar üzerinedir. Ancak 1957 de tecrid etmiş olduğumuz 548 adet suşumuzun katalaz aktiviteleri tamamen olarak yapılmamıştır. Bunlardan ancak tecrübelerimize girenlerin katalaz aktiviteleri ölçülmüştür. 1958 senesinin 11 aylık dev-

resinde tecrid edilen bütün suşların katalaz aktiviteleri tayin edilmiş ise de, virulans deneyleri ancak muhtelif derecelerde İNH ya mukavemet gösterenlerden 98 adet suş üzerinde yapılmıştır.

Bu 23 ay zarfında tecrid edilen suşlarımızdan 1098 ne ait İNH rezistans neticeleri aşağıdaki cetvelde arz edilmiştir:

0,1 /cc,	0,1 /cc,	0,5 /cc,	1 /cc,	5 /cc,	10 /cc,	25/cc,	50
442	204	112	153	52	38	27	74

Bu vaziyete göre denenen memleket suşlarının 442 si (% 40) İNH ya hassas olup, geri kalan 656 ı (% 60) ise İNH ile temasa geldiğinden az çok bir mukavemet kazanmışlardır. Bunlardan bilhassa 191 ade-di (% 17,4) aşağılarda arz edeceğimiz vaziyete göre oldukça yüksek bir mukavemet gösterdiklerinden, bunları az virulan veya virulanslarını kaybetmiş suşlar teşkil etmektedir. Bu oldukça yüksek bir rakamdır. Mamafih bunun hastaların lehine veyahut aleyhine olup olmadığını şimdilik söyleyemeyeceğimiz gibi, bu gibi mukavim bakterileri saçan hastaların muhitleri için ne gibi bir tesir yaratacağını ancak istikbal tayin edecektir. Meissner (14) göre İNH rezistan suşlarla, bilhassa kahiller arasında yeni enfeksiyonlar görülmemektedir. Ankara'da N. Karasu, O. Öğür, A. Gürsel ve H. Gürses (13) in yapmış oldukları araştırmalara göre 100 açık tüberkülozlu ailenin içerisinde 19 nun İNH rezistan basil sağtıkları tesbit edilmiş olduğu gibi, bunların aile efratları arasında hiç bir yeni enfeksiyon tesbit edilememesine mukabil, İNH ya hassas bak teri saçanların ailelerinde % 35 nisbetinde yeni enfeksiyonlar bulunmuştur.

Daha evvelce de arz etmiş olduğumuz gibi İNH rezistan suşlar, hiç olmazsa tecrübe hayvanları için patojenitelerini kaybetmektedir (1, 19, 22, 24, 27) ve gene biliyoruz ki avirulan suşlar ile saprofit AAR lar Neutral red ile menfi reaksiyon (8, 11, 21, 25, 26), yani neutral red boyasını almayıp boyasız olarak kalmakta ve katalaz aktiviteleri de değişmemektedir.

Acaba bu yukarıki hususlardan istifade ederek, iyi techiz edilmiş laboratuvarı bulunmayan hastahanelerimizde faydalanabilir miyiz?

Bu maksatla 1958 senesinde 548 suşumuz üzerinde katalaz testleri yaparak elde etmiş olduğumuz neticeler aşağıdaki cetvelde arz edilmiştir :

CETVEL : 1

Katalaz Aktivite	Kültür adedi	İNH REZİSTAN DERECESİ							
		Hassas		Hafif Rezis.		Modere Rez.		Rezistan	
		0,1	0,1	0,5	1	5	10	25	50
Pozitif	432	86	88	92	107	50	8	0	1
Negatif	116	0	0	0	2	2	22	40	50
Yekûn	548	86	88	92	109	52	30	40	51
% Kat +		100	100	100	98,17	96,2	26,6	0	1,96
% Kat —		0	0	0	1,83	3,8	73,4	100	98,04

Yukarıki tablodanda görüldüğü üzere tetkik etmiş olduğumuz 548 suştan 431 adedi katalaz müsbet, 117 adedi ise katalaz menfi olarak bulunmuştur. Bunlar İNH konsantrasyonlarına göre hesaplanacak olursa hassas suşlarda katalaz aktivitesi % 100 müsbet iken, hafif bir rezistans kazanmış olanlarda % 98 e, mutedil rezistan olanlarda daha da düşmekte ve katalaz müsbet olanlar ancak % 26 nisbetinde kalmakta, negatif ise bu nisbet tamamen bariz olup katalaz negatifler % 100 e çıkmakta, pozitifler ise kaybolmaktadır.

Gene in vitro olarak, virulans bakımından yapmış olduğumuz Neutral red testi ise gerek katalaz müsbet ve gerekse katalaz menfi olanlarda daima müsbet olarak bulunmuştur. Bu son test daha yukarılarda söylediklerimizle tamamen tezat halindedir, çünkü yukarılarda demistik ki virulan suşlar neutral red müsbet, avirulanlar ise menfi reaksiyon vermektedir. Gene demistik ki İNH rezistan suşların virulansları azalmakta veya avirulan hale geçmektedirler. Halbuki ise daha aşağılarda da arz edeceğimiz veçhile kobaylar üzerinde tamamen avirulan olan suşlarımız bile Neutral red testi ile müsbet çıkmışlardır. Bu reaksiyonda kontrol olarak kullandığımız H₂ Ra, Myc. Phlei, Myc. Smegmatis, Myc. Lacticola, Myc. Fish, Myc. Marianum Chauvire ve Danimarka Devlet Seum Enstitüsü mençeli iki saprofit suşumuz muntazaman menfi netice vermişlerdir. Bunlara ilâveten kullandığımız B.C.G. suşumuz ise tatminkâr neticeler vermemiştir. B.C.G. menfilik suşun yaşına göre değişmektedir.

In vivo olarak yaptığımız virulans deneyleri :

In vivo olarak yapmış olduğumuz virulans deneylerinde 18 adet 5 /cc ye, 11 adet 10 /cc ye, 18 adet 25 /cc ye ve 51 adet 50 /cc İzoni-azide mukavim ki ceman 98 adet suş üzerinde inhisar etmektedir. Bunlara ait protokol cetvelleri ve diagram cetveli ekli olarak gösterilmiştir:

Suş numarası ve Derecesi	Katalaz Reaks.	Neutral red	Zerkten 3 ay sonra görülen lezyonlar	Netice
5/cc				
5202/57	±	+	N. N.	Avirulan
5342/57	±	+	İng. gangl. büyük, N.	Az virulan
5351/57	±	+	N. N.	Avirulan
8/58	±	+	Lokal abse	Az virulan
49/58	±	+	N. N. iliakal gangl. hafif büyük	Az virulan
57/58	±	+	Bütün leng gangl. büyümüş	Virulan
128/58	±	+	Bütün leng gangl. büyümüş	Virulan
157/58	±	+	Aynen, dalak büyük, B.K. kült.++	Virulan
218/58	+	+	İliakal gangl. büyümüş	Az virulan
365/58	0	+	Zerk yerinde abse, kültür ++	Virulan
553/58	±	+	Lenf gangl. ++, Dalakta nodul +	Virulan
680/58	+	+	Zerk yerinde lokalizasyon	Az virulan
853/58	±	+	Hemen jeneralize Tb.	Virulan
925/58	++	+	Zerk yerinde lokalizasyon	Az virulan
1047/58	+	+	Zerk yerinde lokalizasyon	Az virulan
1086/58	+	+	Lenf gangl. ++, Dalak ++.	Virulan
1123/58	0 ?	+	N. N.	Avirulan
1130/58	±	+	Lenf gangl. ++, Dalak ++	Virulan
10/cc				
5122/57	0 ?	+	Zerk yeri abse, iliakal +	Az virulan
187/55	0	+	N. N.	Avirulan
271/58	±	+	İliakal gangl. +, N.	Az virulan
678/58	0	+	İliakal ve İngl. gangl. +	Az virulan
822/58	0	+	İliakal ve İng. ++, Zerk yeri +	Az virulan
847/58	0	+	N. N.	Avirulan
991/58	±	+	İliakal +, Zerk yeri abse	Az virulan
955/58	0	+	N. N.	Avirulan
1013/58	0	+	N. N.	Avirulan
1054/58	±	+	İngu. +, İliakal +, Dalak +,	Virulan
1055/58	0	+	İngu. ve İliakal gangl. +	Az virulan
25/cc				
4994/57	0	+	N. N.	Avirulan
5337/57	0	+	N. N.	Avirulan
41/58	0	+	N. Zerk yerinde ufak nodül	Avirulan

Suşı numarası ve Rez.	Katalaz Reaks.	Neutral test	Zerkten 3 ay sonra görülen lezyonlar	Netice
42/58	0	+	N. N.	Avirulan
114/58	0	+	N. N.	Avirulan
120/58	0	+	N. İliakal	Avirulan
144/58	0	+	N. N.	Avirulan
318/58	0	+	N. N.	Avirulan
319/58	0	+	N. N.	Avirulan
312/58	0	+	N. N.	Avirulan
582/58	0	+	N. N. (zerk yerinde ufak nodül)	Avirulan
603/58	0	+	N. N.	Avirulan
648/58	0	+	N. N.	Avirulan
802/58	0	+	N. N. (iliakal +)	Avirulan
863/58	0	+	N. N.	Avirulan
1007/58	0	+	Zerk yeri ufak abse, iliakal +	Az virulan
1020/58	0	+	N. N.	Avirulan
1077/58	0	+	N. zerk yeri ufak abse	Avirulan
50/cc				
3079/57	0	+	N. N.	Avirulan
4939/57	0	+	N. N.	Avirulan
4970/57	0	+	N. N.	Avirulan
4992/57	0	+	N. N.	Avirulan
5147/57	0	+	N. N.	Avirulan
5206/57	0	+	N. N. iliakal +	Avirulan
5275/57	0	+	N. N.	Avirulan
53/58	0	+	N. N.	Avirulan
56/58	0	+	N. N.	Avirulan
63/58	0	+	N. N.	Avirulan
84/58	0	+	N. N.	Avirulan
86/58	0	+	N. N.	Avirulan
90/58	0	+	N. iliakal +	Avirulan
94/58	0	+	N. N.	Avirulan
+ 114/58	0	+	N. N.	Avirulan
174/58	0	+	N. N.	Avirulan
181/58	0	+	N. N.	Avirulan
190/58	0	+	N. N.	Avirulan

Suşı numarası ve Rez.	Katalaz Reaks.	Neutral test	Zerkten 3 ay sonra görülen lezyonlar	Netice
208/58	0	+	N. N.	Avirulan
230/5	0	+	N. N.	Avirulan
305/58	0	+	N. N.	Avirulan
348/58	0	+	N. N.	Avirulan
350/58	0	+	N. N.	Avirulan
469/58	0	+	N. N.	Avirulan
498/58	0	+	N. İliakal +	Avirulan
508/58	0	+	N. N.	Avirulan
576/58	0	+	N. N.	Avirulan
594/58	0	+	N. N.	Avirulan
617/58	0	+	N. N.	Avirulan
642/58	0	+	N. N.	Avirulan
675/58	0	+	N. N.	Avirulan
725/58	0	+	N. N.	Avirulan
764/58	0	+	N. Zerk yeri absesi	Avirulan
775/58	0	+	N. Dalak hafif büyük	Avirulan
795/58	0	0	N. N.	Avirulan
835/58	0	+	N. N.	Avirulan
836/58	0	+	N. N.	Avirulan
842/58	0	+	N. N.	Avirulan
918/58	0	+	N. N.	Avirulan
935/58	0	+	N. N.	Avirulan
950/58	0	+	N. N.	Avirulan
958/58	0	+	N. N.	Avirulan
970/58	0	+	N. N.	Avirulan
1026/58	0	+	N. Zerk yeri ufak abse	Avirulan
1027/58	0	+	N. N.	Avirulan
1041/58	0	+	N. N.	Avirulan
1049/58	0	+	N. Zerk yeri ufak abse	Avirulan
1094/58	0	+	N. N.	Avirulan
1101/58	0	+	N. N.	Avirulan
1109/58	0	+	N. N.	Avirulan
1115/58	0	+	N. N.	Avirulan

N = Lezyon yoktur.
NN = Her iki hayvanda lezyon yok.
++ = Az lezyon görülmüştür.

+ = 114/58 numaralı suşumuz 25/cc +++++ 50/cc ++ İNAH rezisyanıdır.

Yukarıki protokol cetvelinin tetkikinden de görüldüğü üzere uzun müddet İNH ile temasa geçmiş ve rezistan hale gelmiş bulunan Mykobakteri suşlarının, virulansları çok azalmakla beraber, gene de hafif bir virulansları baki kalmaktadır. Bunları şematize edecek olursak :

CETVEL

INH Rezistans derecesi	Suş. ad.	Katalaz		Neutral		Kobaylarda virulans			
		+	0	+	0	Virulan	Hafif atenüe	Fazla atenüe	Avirulan
5 /cc	18	16	2	18	0	8	4	4	3
10 /cc	11	3	8	11	0	1	2	4	4
25 /cc	18	0	18	18	0	0	1	6	11
50 /cc	51	1	50	50	1	0	0	7	44
Yekûn	98	20	78	97	1	9	7	21	62

Görürüz ki :

1 — Tüberküloz Mykobakterileri İNH ya mukavim olmalarına rağmen, bu mukavemet 5 /cc yi geçmediği takdirde katalaz aktivitelerinin de husule gelen değişiklik gayet hafif olup, virulanslarının da hemen normal bakterilerde olduğu gibi devam etmektedir. Denenen 18 suştan ancak iki tanesi tamamen avirulan bir hal gösterip, geri kalanlar hepsi, bazılarında virulans azalmış olmasına rağmen, gene de virulan olarak bulunmuşlardır. Bunlardan elde edilen materyelden kültür ve yeniden katalaz testi ile kobay zerkleri yapıldığında normal virulans ve katalaz aktivitelerini kazanabilmektedirler.

2 — İNH rezistans biraz daha yükselip 10 /cc ye çıktığında, katalaz anzim sistemi bozulmakta olup % 70 — % 75 i negatif vaziyete geçmekte ve virulansları da çok daha azalmaktadır ve % 70 i hemen hemen avirulan hale geçmektedir. 10 /cc ye rezistan bakterilerle zerk edilen hayvanlardan elde edilen kültürlerle yapılan ikinci zerklerden, birincilerden daha fazla reaksiyonlar husule gelmemektedir .

3 — İNH rezistans 25 /cc ye yükselince katalaz ferment sistemi tamamen bozulmuş olduğundan, basiller de hemen hemen tamamen avirulan hale geçmiş ve hafif virulan kalanlar da fazlası ile atenüe olmuş olduğundan, husule getirdikleri lozyonlar ancak zerk yerlerinde mahsur kalmakta veya civar ganglionlara da sızarak lokal bir patojenite göstermektedir.

Bu gibi ganglionlardan yapılan B. K. kültürleri daima menfi kalmaktadır.

4 — İNH rezistans 50 /cc ye kadar yükseldiğinde ise, Mykobakteriler virulanslarını hemen hemen tamamen kaybetmekte ve hiç olmazsa tecrübe şartlarımızda, kobaylarda lezyon husule getirme kabiliyetlerini kaybetmektedirler. Bunların hiç bir tanesinden müsbet kültür elde edilemediği gibi, aza ekstreleri ile zerk edilen kobaylarda da herhangi bir lezyon husule gelmemiştir. 50 /cc İNH ya mukavim tüberküloz mykobakterilerinin husule getirdikleri lezyonlar ancak B.C.G. suşunun husule getirdiği lezyonlar kadardır.

5 — İNH rezistans tüberküloz mykobakterileri ile zerk edilen kobaylarda, zerkten iki ay sonra yapılan allerji virajı kontrolünde, viraj % 100 olarak bulunmuştur.

6 — Mykobakteriler İNH rezistane ve katalaz aktiviteleri nazarı itibara alınarak, hakiki tüberküloz mykobakterileri (İnsan ve sığır tipi) ve diğer mykobakteriler (kuş tipi, atipikler ve saprofitler) diye tefrik edilebilmektedir.

7 — İNH rezistan tüberküloz mykobakteri suşlarının, zamanla virulans azalmasına mukabil, eito - şimik virulans testlerinden Neutral red testi müsbet kalmaya devam etmektedir.

İNH rezistan tüberküloz mykobakteri suşlarının, zamanla virulanslarının kazanıp kazanmadıkları ve B.C.G. suşu gibi aşı vazifesini görüp görmediğini anlayabilmek üzere çalışmalarımız devam etmektedir.

MÜNAKAŞA

Son seneler zarfında mykobakteriler sınıfında birbirilerinden tefrikleri güç olan yeni yeni AAR mutant veya varyantlarının meydana çıkmış olduğunu ve bunların bilhassa araştırma laboratuvarlarını müşkül duruma sokmuş bulunduğunu daha baştan arz etmiştik. Muntazam laboratuvarı bulunmayan hastahanelerimizde dahi, bunları birbirilerinden tefriki mümkün kılabilmek için bu araştırmayı yapmayı uygun bulduk.

Yukarılarda arz etmiş olduklarımıza göre, tüberküloz tedavisi sahasında geniş bir yer işgal etmekte olan İzoniazide karşı gün geçtikçe memleketimizde de rezistan mutant veya varyantlar artmaktadır. Bu rezistan varyantların ise ilâç tesirile husule gelmekte olan anzimatik sistem bozukluklarından dolayı, virulansları da azalmaktadır. Bu hususlar Middlebrook (16), Fisher (10), Steenken ve Wolinsky (24) ta-

rafından bildirilen bulgulara tamamen uymaktadır. Fakat müşahedelerimize göre bu virulans azalması ancak muayyen bir rezistans derecesinden sonra husule gelmektedir. Çünkü yalnız 5 /cc İNH ya mukavim varyantlarda virulans henüz kaybolmamış ve lezyonlar muayyen gecikmelerle husule gelmektedir. Bu hususta Rist, Libermann, Grumbach ve Levaditi (22,4) taraflarından bakteri popülasyonları içersinde, az dahi olsa kalmış bulunan hassas bakteriler tarafından husule getirilmekte olduğu bildirilmektedir.

Denemiş olduğumuz suşlarda virulans tayini için Dubos'un Desbordes tarafından tadil edilmiş bulunan sito - şimik (8, 9) test ile kısmen Hauduroy ve Chevez (11) testini de kullandık isede, menşeleri virulan olan bu suşlarda, reaksiyon daima müsbet netice vermiş olmasına mukabil in vivo tecrübelerimizi tutmamakta idi. Çünkü in vivo tecrübelerimiz, hiç olmazsa tecrübe şartlarımıza göre bir virulans atenuasyonu ve kaybolmasını göstermektedir ki bu da Richmond ve Cummings (21) in bulgularına tamamen uymaktadır.

Gene biliyoruz ki İNH rezistans ile tüberküloz mykobakterilerinin katalaz aktiviteleri arasında bir münasebet vardır. Çünkü Bönicke (2) ve Cohn, Kowitz, Oda ve Middlebrook (5) a göre bir suş ne kadar rezistan olursa katalaz aktivitesi de o nisbette düşük olur.

Bönicke'ye göre 1 0/cc İNH rezistan suşlar umumiyyetle katalaz negatiftirler. Fakat bu konsantrasyona mukavim suşlar arasında, bazan hafif bir müsbetlik gösteren suşlar da olabilir. Nitekim protokol cetvellerimizin tetkikinde bu husus bariz olarak göze çarpmaktadır. Gerçek Bönicke (2) ve gerekse memleketimizde yapmış olduğumuz tecrübelerle göre mykobakterilerin insan ve sığır tipleri hariç, bütün diğer nev'ileri (kuş tipi suşlar, atipik ve saprofit mykobakteriler) İNH rezistansları 50 /cc ye değil, 100 /cc ye dahi yükseltilecek olursa katalaz aktiviteleri değişmeyip müsbet olarak kalmaya devam etmektedir.

Bu vaziyete göre, elde tefriki teşhisi icab eden bir Mykobakteri suşunun, hakiki tüberküloz suşu olup olmadığını anlamak için bunu 50 /cc veya 100 /cc İNH ya mukavim vaziyete getirdikten sonra, yapılan katalaz testi ile katıyetle tayin etmek mümkündür. Böyle bir suş rezistan hale getirildikten sonra, katalaz aktivitesi kaybolursa suş hakiki tüberküloz mykobakterisi olup ya insan veya sığır tipidir. Katalaz aktivitesinde hiç bir değişiklik husule gelmediği takdirde, yani müsbet kalmaya devam ettiği takdirde ise hakiki tüberküloz olmayıp ya kuş tipi, ya atipik veyahutta bir saprofittir. Bu sonuncuların birbirilerinden tefriki mutad lâboratuar usulleri ile yapılmaktadır.

· N E T İ C E ·

Lâboratuvarımızda tecrid etmiş olduğumuz 1098 adet Tüberküloz Mykobakterisi suşu üzerinde bir taraftan İNH rezistans, diğer taraftan da Katalaz aktivitesi tayini ve virulans denemeleri yaparak «İNH rezistans, Katalaz ve Virulans arasındaki münsebetleri» araştırdık. Elde edilen neticeler aşağılarda arz olunmuştur.

1 — İNH rezistans bakımından — Memleket suşlarımızın % 40 ı İNH ya hassas olup, geri kalan % 60 ı muhtelif derecelerde bir mukavemet kazanmışlardır. Bunlardan bilhassa % 17,4 ü oldukça yüksek bir mukavemet gösterdiklerinden az virulan veya virulanslarını kaybetmiş suşlar grubunu teşkil etmektedirler.

2 — İNH rezistan suşlarımızın 116 adedi (% 21) katalaz aktivitelerini de kaybetmişlerdir.

3 — Kuş tipi, Atipik ve Saprofit mykobakteriler rezistan hale getirildiklerinde dahi katalaz aktivitelerini muhafaza etmektedirler.

4 — Katalaz aktivitelerini tamamen kaymetmeyip eser halinde katalazik aktivite gösteren 5 /cc İNH rezistan suşlar, çok az virulan olmalarına rağmen, hayvan pasajından sonra katalazik aktivitelerini yeniden kazanabilmektedirler.

5 — İNH rezistans 10 /cc ye yükselince katalaz anzim sistemi tamamen bozulmakta ve suşların % 70 — % 75 i menfi vaziyete geçmektedir. Bu gibi suşlar hayvan pasajından sonra katalazik aktivitelerini yeniden kazanmamakta ve virulansları da çok azalmış bulunmaktadır.

6 — İNH rezistans 25 /cc ye yükseldiğinde suşlarda katalaz aktivitesi hiç kalmayıp % 100 menfi hale geçmekte ve virulansları da eser haline inkilâp etmektedir.

7 — İNH rezistans 50 /cc ye geldiğinde ise Tüberküloz Mykobakterilerinin husule getirebildiği lezyon, ancak B.C.G. suşunun husule getirebildiği lezyonlar kadardır.

8 — İNH rezistan Tüberküloz Mykobakterileri ile zerk edilen ko-baylarda allerji virajı % 100 dür.

9 — Suşların tefriki bakımından — Mykobakteriler İNH rezistans ve Katalaz aktiviteleri nazarı itibare alınarak Hakiki Tüberküloz Mykobakterileri (İnsan tipi, Sığır tipi) ve diğer Mykobakteriler (Kuş tipi, Atipikler ve Saprofitler) diye tefrik edilebilmektedir.

10 — İNH rezistan Tüberküloz Mykobakterilerinde, virulansın çok azalmasına mukabil, cito - simik virulans testlerinden Neutral red testi müsbet kalmaya devam etmektedir.

11 — İNH rezistan tüberküloz suşlarının zamanla virulanslarını kazanmadıkları ve B.C.G. suşu gibi aşı suşu vazifesini görülüp görülemeyeceğine anlaşılabilmek üzere çalışmalarımız devam etmektedir.

—oOo—

UNE ETUDE SUR LA RELATION ENTRE L'INH RESISTENCE, L'ACTIVITE CATALASIQUE ET LA VIRULENCE DES SOUCHES DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Dr. Aral GÜRSEL
Institut Central d'Hygiène «Refik Saydam»
Ankara

L'introduction de l'INH dans le domaine thérapeutique de la Tuberculose, a mis certaines problèmes à résoudre, durant les dernières années. Car le changement des caractères de Mycobacterium Tuberculosis mise en contact avec l'isoniazide aggrave la question du diagnostic différentiel des mycobactéries.

Ces modifications sont en étroite relation avec le système enzymatique des Mycobactéries. Desbordes et Fournier (7) ont prouvé en 1950 que les souches virulentes employent 1 «0» beaucoup plus que les avirulentes. En 1954 ils (8) ont décrit que le Facteur de virulence des Mycobactéries se trouve dans la zone lipidique périphérique. D'après Corper et James (6) les mycobactéries ont une constitution enzymatique semblable à celles des êtres supérieurs et que l'atibiothérapie est basée sur ce système enzymatique. Nous savons encore que Middlebrook, (16), Fisher (10) en 1952 en travaillant in vitro, Steenken et Wolinsky (24) in vivo ont observé la diminution de la virulence des bacilles tuberculeux isoniazido-résistants. Plus tard Rist, Libermann, Grumbach et Levaditi (22) ont expliqué le retard de l'apparition des lésions tuberculeuses par l'inoculation des bacilles résistants à l'isoniazide et ils ont décrit que la pathogénicité de ces Mycobactéries est supérieure à celles des souches de B. C. G.

D'après Bloch, Widelock et Peizer (1), puis Morse, Weiser Fusilo, Dail et Evans (19) l'atténuation de la virulence des mycobactéries qui

est nette sur les cobayes est pratiquement imperceptible sur les souris. Mais d'après Rist et all. (23) les souris succombent régulièrement si on inocule les animaux âgés de 32 - 35 jours par une émulsion de 0,5 cc des bactéries cultivées sur le milieu de Dubos. Quant aux infections humaines, en examinant 120 souches isolées de chez les adultes présentant une primo-infection et 90 souches de primo-infection des enfants Meissner (14) n'a pu trouver la résistance spontanée que chez six enfants. Middlebrook (17), Wolinsky, Smith et Steenken (25) ont expliqué l'atténuation de la virulence des mycobactéries tuberculeuses isoniazido-résistantes, est en relation avec le changement de l'activité catalasique de ces mycobactéries.

Matériels et méthodes

Ayant observé que les souches isoniazido résistantes augmentent graduellement chez nous, nous nous sommes proposé de rechercher une relation entre l'isoniazido-résistance, l'activité catalasique et la virulence de ces mycobactéries isolées.

Pour la titration de la résistance nous avons employé les concentrations suivantes d'isoniazide : — contrôle, 0,1, 0,5, 1,5, 10, 25, et 50/cc.

A cause de la manque de l'appareillage, pour la mesure de l'activité catalasique, nous nous sommes servi de la méthode qualitative sur lame employée à Borstel (2).

Pour la mesure de la virulence des souches nous nous sommes servi d'un part des inoculations aux cobayes et d'autre part du test au rouge neutre de Desbordes (9, 12). Les cobayes inoculés ont été surveillés pendant trois mois et puis sacrifiés. De chaque lésion observée à l'autopsie nous avons pratiqué des subcultures sur Löwenstein - Jensen et de ces dernières cultures nous avons réinoculé des cobayes.

Nos expériences

Dans nos essais nous avons employés les souches des mycobactéries tuberculeuses isolées durant l'année 1957 et les 11 mois de l'année 1958.

Nous avons titré l'isoniazido-résistance de 1098 souches et l'activité catalasique sur 548 souches, tandis que les essais de virulence ont été pratiqués sur 98 souches résistants à des différentes doses de l'isoniazide.

Les résultats de titrage de la résistance envers l'isoniazide sont les suivantes :

0,1	0,1	0,5	1	5	10	25	50 / cc
442	204	112	153	52	38	27	74

Les chiffres décrits plus haut nous montre que les 442 (40 p. 100) des nos souches isolées sont sensibles et le reste de 656 (60 p. 100) ont gagné une certaine resistance envers l'isoniazide. Parmi ces souches les 191 (17, 4 p. 100) forment le groupe des souches hautement resitantes. C'est un chiffre assez élevé, mais nous ne vasons pas encore si cette desitance acquise est en faveur ou en défaveur des malades et leurs entourages. D'après Meissner (14) surtout parmi les adultes il n'y a pas de nouvelles infections avecdes bacilles resistants a l'isoniazide. Karasu, Öger, Gürsel et Gürses (13) en exécutant à Ankara une anquette sur 100 familles des tuberculeux active, ont trouvé 19 cas qui disseminaient des bacilles resistants a l'isoniazide. Dans les familles de ces dissemineurs des bacilles resistants, ils n'ont prouvé aucune nouvelle infection, tandis que parmi les familles des malades dissemineurs des bacilles sensibles a l'isoniazide ils ont trouvé 35 p. 100 de nouvelles infections.

Nous savons que les bacilles tuberculeux isoniazido-resistants, au moins pour le cobayes perdent leurs pathogenités (1, 19, 22, 24, 27) et en plus nous savons que les bacilles non pathogenes et saprophytes donnent une reaction negative au test de Rouge Neutre (8, 11, 21, 25, 26) En profitant de ces points connus, nous nous sommes conduit a des conclusions profitables dans nos hopitaux qui n'ont pas des laboratoires biens équipés. Dans ce bût nous avons pratiqué les tests d'activité catalasique sur 548 des nos souches Le tableau No. 1 ci-bas montre les resultats obtanus :

Tableau No. : 1

Activité catalasique	Nombre des souches	Taux de resistance a l'INH en/cc.							
		Sensibles		Lég. resistant		Mod. resistant		Fort resistant	
		0,1	0,1	0,5	1	5	10	25	50
Positifs	431	86	88	92	107	50	8	0	1
Negatifs	117	0	0	0	2	2	22	40	50
Total	548	86	88	92	109	52	30	40	51
Cat. + %		100	100	100	98,17	96,2	26,6	0	1,9
Cat. — %		0	0	0	1,83	3,8	73,4	100	98,1

Ce tableau nous montre que, parmi les 548 souches examinées, 431 ont une activité catalasique positive et 117 l'ont negative. Il nous montre encore que l'augmentation de la resistance envers l'isoniazide, diminue l'activité catalasique des bacilles. Mais le test au rouge neutre pratiqué pour les recherches sur la virulence des mycobacteries tuberculeux, nous a donné des resultats positifs qui est en controdiction avec nos données cités plus haut. Les souches H₂ Ra, Mycobacterium Phlei Mycobacterium Smegmatis Mycobacterium Lacticola Mycobacterium Fitch. Mycobacterium Marianum Chauviré et les deux souches saprophytes envoyées par l'Institut National des Seru mde Danemark etaient toujours negatives. Notre souche de BCG. ne nous a pas donné des resultats satisfaisants, car la negativité de la souche change d'après son âge.

Les resultants obtenus in vivo : —

Pour nos essais in vivo, nous avons employé 18 souches resistants à 5 /cc, 11 souches resistance à 10 /cc, 18 souches resistants à 25 /cc et 51 souches resistants à 50 /cc et plus Le protocol de ces expériences est montré dans le texte turc. Si nous schematisons ces expériences :

Tableau No. : 2

Taux de resistance a INH	Nombre des souches	Activité catalasique		Test au rouge neutre		Virulence sur cobayes			
		+	—	+	—	Virulent	Leg. atenué	Fort atenué	Avirulents
5 /cc	18	16	2	18	—	8	4	4	2
10 /cc	11	3	8	11	—	1	2	4	4
25 /cc	18	—	18	18	—	—	1	6	11
50 /cc	51	1	50	50	1	—	—	7	44
TOTAL	98	20	78	97	1	9	7	21	61

On peut clairement voir que : — dexu nos 98 souches resistants à l'isoniazide, 89 ont perdu ou diminué leur virulence (61 avirulents, 21 fortement atténues, 7 legerement atténues) et 9 des souches conservent leur virulence initiale. Et : —

1 — Si la resistance à l'isoniazide ne depasse pas 5 /cc, la modification de l'activité catalasique n'est que peu detruits, et, la virulence chez ces bacilles est pareille que celle des mycobacteries normales. Sur 18

souches employées 2 ont été devenue avirulents, tandis que le reste ont été trouvé virulents ou très légèrement atténués. Les subcultures obtenues de ces animaux regagnent leur virulence et leur activité catalasique.

2 — Si la résistance s'élève à 10 /cc, l'activité catalasique se trouve changée chez 70-75 p. 100 des souches qui perdent une grande partie de leur virulence. Les subcultures de ce lot ne regainent ni l'activité catalasique ni leur virulence qui étaient perdues.

3 — Chez les souches résistantes à 25 /cc le système de ferment catalasique étant complètement détruit, les souches de ce lot sont à peu près complètement avirulents ou avec une atténuation avancée. Les germes inoculés aux animaux restent au point d'inoculation ou s'infiltrent légèrement aux ganglions environnants et ne montrent qu'une pathogénicité locale. Les subcultures de ces ganglions donnent toujours des résultats négatifs.

4 — Chez les souches résistantes à 50 /cc et au plus, au dans les conditions des nos expériences, perdent à peu près complètement leur capacité de se multiplier et de former des lésions tuberculeuses. Nous n'avons pas pu obtenir aucune culture positive dans ce groupe d'animaux, et les inoculations d'extrait d'organes ne nous a pas donné de nouvelles lésions. Les lésions produits par des souches de *M. tuberculosis* résistants à 50 /cc d'isoniazide ne sont pas plus étendues et plus évolutives que celles produites par la souche de BCG.

5 — Le virage tuberculinique chez les cobayes inoculés par des souches de *B. K.* résistants à l'isoniazide est de 100 p. 100.

6 — En prenant en considération la résistance à l'isoniazide et l'activité catalasique des mycobactéries, on peut aisément les classer comme bacilles tuberculeux vrais (*Myc. Tub. var. Hominis* et *bovis*) et autres mycobactéries (aviaires, atypiques, saprophytes).

7 — Le test cito-chimique au rouge neutre de Desbordes continue à donner des résultats positifs, même après que la virulence des mycobactéries tuberculeuses résistants à l'isoniazide, est presque nulle.

Nos essais sur la réversibilité de pouvoir pathogène et sur l'emploi des souches isoniazido-résistantes comme souches de vaccination continuent encore.

Discussion

Dans les dernières années parmi les mycobactéries on voit des nouvelles mutants ou variantes qui rendent difficile la question du diag-

nostic différentiel des vrais mycobactéries. Cette difficulté est prononcée surtout aux laboratoires cliniques mal équipés. Pour faciliter ces travaux de laboratoire nous nous sommes proposé à faire une série de recherches. On sait que l'emploi d'isoniazide dans le traitement de la tuberculose a dû créer la résolution de nouveaux problèmes, surtout sur la perte de l'activité catalasique et sur la virulence des mycobactéries tuberculeuses.

L'atténuation de la virulence nous a été montrée par Middlebrook (16), Fisher (10), Steenken et Wolinski (24) et plus tard en Turquie par Karasu et Gürsel (27), mais les observations récentes nous ont montré que cette atténuation ne commence que lorsque la résistance atteint ou cette atténuation ne commence que lorsque la résistance atteint ou dépasse le niveau de 5 /cc. Comme nous l'avons dit plus haut, pour la détermination de la virulence, nous avons employé la méthode d'inoculation au cobaye et la réaction de Desbordes (8,9). Dans une partie de nos essais nous nous sommes servis et de la méthode employée par Hauduroy et Chevez (11). Mais comme nos souches isoniazido-résistantes employées dans les essais prenaient leur origine des souches normales, les résultats de virulence *in vitro* ont été toujours en contradiction avec les essais *in vivo* sur cobayes.

On peut conclure de ce fait que, les souches gardent leur caractère initiale, même après que la zone lipidique périphérique responsable de l'avirulence, est partiellement détruite. Les tests citochimiques de Dubos, Desbordes, Hauduroy perdent (au moins pour les souches isoniazido-résistantes) leur valeur pour la détermination de la virulence.

Nous savons encore qu'il y a une étroite relation entre la résistance à l'isoniazide et l'activité catalasique des mycobactéries tuberculeuses (2,5) et que les souches aviaires, les atypiques et les saprophytes, même les plus résistants, ne montrent aucun changement dans l'activité catalasique et continuent à réagir positivement.

Donc, si la question est de classer une mycobactérie, on n'a que lui rendre résistants à 50 /cc ou 100 /cc d'isoniazide et de rechercher son activité catalasique. Si la souche perd son activité catalasique, elle appartient au groupe de vrais bacilles tuberculeux (*Myc. Tb. var. Hominis* ou *var. Bovis*). Si elle conserve son activité catalasique, elle appartient au groupe d'autres mycobactéries (*var. Gallinaceus*, atypique ou saprophyte).

Conclusions

En étudiant les souches des mycobacteries tuberculeux isolés en Turquie, nous avons obtenus les résultats suivants :

1 — Parmi nos souches de mycobacterium tuberculosis les 40 p. 100 se sont montrés sensibles et les 60 p. 100 sont résistants à des concentrations diverses de l'isoniazide.

2 — 117 souches (21 p. 100) isoniazido résistantes ont perdu leur activité catalasique.

3 — Les souches aviaires, atypiques et saprophytes que nous avons employé comme témoins, même rendu résistants à l'isoniazide, conservent leur activité catalasique.

4 — Les souches résistants à 5/cc d'isoniazide qui n'ont pas perdu complètement leur activité catalasique, peuvent regagner leur virulence et activité catalasique, après des passages sur cobayes.

5 — Les 70 - 75 p. 100 des souches résistantes à 10/cc d'isoniazide perdent leur activité catalasique, et de telles souches, même après passage sur animal, ne regagnent plus leur activité catalasique. Ces souches restent peu virulentes.

6 — L'activité catalasique des souches résistantes à 25/cc d'isoniazide est 100 p. 100 négative. Leur virulence est considérablement diminuée.

7 — Les lésions produites par les souches résistants à 50/cc d'isoniazide, ne sont pas supérieures aux lésions produites par la souche du B. C. G.

8 — Le virage tuberculinique chez les cobayes inoculés avec des souches résistantes à l'isoniazide est de 100 p. 100.

9 — En prenant en considération la résistance à l'isoniazide et l'activité catalasique des mycobacteries, on peut aisément les classer comme bacille tuberculeux vrais (Myc. Tb. var. Hominis et Bovis) et autres mycobacteries (aviaires, atypiques, saprophytes).

10 — Le test cito-chimique au rouge neutre de Desbordes continue à donner des résultats positifs, même après que la virulence des mycobacteries tuberculeux résistantes à l'isoniazide, est presque nulle.

11 — Les travaux sur l'exaltation de la virulence et sur le pouvoir vaccinant des souches isoniazido résistantes continuent encore. Nous espérons avoir les résultats prochainement.

LITERATURE

- 1 — Bloch (H), Widelock (D) and Peizer - Am. Rev. Tbc. 1953 - 68 - 734.
- 2 — Bönleke (R) — Jahresbericht Borstel 1956/57 p. 43-172.
- 3 — Bönleke (R) — Die Naturwissenschaften 1958 Heft 16 - p. 392/93.
- 4 — Cohn (M. L.), Oda (U), Kowitz (C), Middlebrook (G) - Am. Rev. Tbc. 1954 - 70 - 465
- 5 — Cohn (M. L.), Oda (U), Kowitz (C), Middlebrook (G) - Am. Rev. Tbc. 1954 - 70 - 641
- 6 — Corper (H.J.), James (V. D.) — Am. Rev. Tbc. 1952 - 65 - 722
- 7 — Desbordes (J), Fournier (Et) Ann. Inst. Past. 1950 - 79 - 210
- 8 — Desbordes (J), Fournier (Et) Rev. d'Imm. 1954 - 18 - 50
- 9 — Desbordes (J), Fournier (Et) C. R. Soc. Biol. 1951 - 145 - 1862
- 10 — Fisher (M. W.) Am. Rev. Tbc. 1952 - 65 - June
- 11 — Hauduroy (P) Rev. d'Imm. 1954 - 18 - 62
- 12 — Hauduroy (P), Chevey (M) Ann. Inst. Past. 1953 - 84 - 1034
- 13 — Karasu (N), Öger (O), Gürsel (A) et Gürses (H) (Sous presse)
- 14 — Meissner (G) - Beiträge zur Klinik der Tub. 1955 - 113 - 280
- 15 — Meissner (G) - Jahresbericht Borstel 1956/57 p. 510/585
- 16 — Middlebrook (G) Am. Rev. Tbc. 1952 - 65 - June
- 17 — Middlebrook (G) Am. Rev. Tbc. 1954 - 69 - 471
- 18 — Middlebrook (G) Am. Rev. Tbc. 1954 - 70 - 352
- 19 — Morse (W. C.), Weiser (O. L.), Fusillo (M), Dail (M. C.), Evans (J. R.) Am. Rev. Tbc. 1954 - 69 - 464
- 20 — Noufflard (H) Ann. Inst. Past. 1955 - 88 - 325
- 21 — Richmond (L), Cumminga (M) Am. Rev. Tbc. 1950 - 62 - 632
- 22 — Rist (N), Libermann (G), Grumbach (F), Levaditi (J. C) — Rev. de la Tub. 1955 - 19 - 659
- 23 — Rist (N) col. Rev. de la Tub. 1955 - 19 - 670
- 24 — Steenken (W) and Wolinsky (E) Am. Rev. Tbc. 1955
- 25 — Vialler (J), Tligaud (J) — Ann. Inst. Past. 1953 - 85 - 746
- 26 — Wolinsky (E), Smith (M), - Steenken (W) - Am. Rev. Tbc. 1956 - 73 - 768
- 27 — Karasu (N) et Gürsel (A) — Communication, II e Congrès National Turquie control la Tuberculose.

CORTISONE ve ISONIAZİDE REZİSTAN

TÜBERKÜLOZ BASİLLERİ

Dr. Orhan ÖĞER

Her hangi bir sebeple Kortizon tedavisi yapılan insanlarda aktif bir tüberküloz husule geldiği hakkında literatürde bir çok neşriyata tesadüf edilmektedir (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). Keza tecrübi kobay tüberkülozunda Kortizon zerklerinin lezyonlar üzerine olan vahimleştirici tesiri malûmdur (8, 9, 10, 11, 12, 13).

INH e rezistan tüberküloz basillerinin bazı canlılarda ve bilhassa kobaylarda virulanslarının azaldığına dair neşriyat çoktur (14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24). İnsanlarda da INH e rezistan basillerin virulanslarının azaldığını müşahade etmekteyiz. Acaba INH tedavisi ile basilleri rezistan olmuş aktif veya inaktif tüberkülozlu hastalara her hangi bir sebeple tatbik edilecek Kortizon tedavisi eski geçirilmiş tüberküloz hastalığı üzerine nasıl tesir icra eder?, hastalıkta yeni bir aktivasyon ve yayımlar husule gelir mi?, rezistan olan basiller tekrar hassas bir hale dönermi?, araştırmalarımız bu sualler cevaplandırmak için yapılmıştır.

Araştırmalarda 54 adet tüberkülin negatif albino kobay ve 11 gr Kortizon kullanılmıştır. Kullanılan iki basil suş'undan bir tanesi H₂ Rv dir ve diğeri bir hastanın basil kültürünün tek bir kolonisinden elde edilmiştir. Yapılan denemede bu iki suş'da kobaylar için patojen bulunmuştur. Bu iki suş da mükerrer pasajlarla tecrübelerde kullanılmak üzere 90 mikrogram/cc INH e rezistan hale getirilmişlerdir.

Araştırmalar iki kısım üzerinde yapılmıştır.

- 1) Kortizon'un in vitro olarak tüberküloz basilleri üzerine tesiri.
- 2) INH e rezistan basillerle husule getirilmiş tecrübi kobay tüberküloz üzerine tesiri.

Birinci kısımda INH ve Streptomycine hassas ve her ikisinde de rezistan hale getirilmiş yukarıda bahsedilen iki suş un 4 varianı üzerine evvelâ kortizon ur. in vitro olarak üremeyi durdurucu tesiri olup olmadığı araştırılmış ve 1 mgr/cc Kortizon ihtiva eden tüblerde hiç bir basil suşunun üremediği tespit edilmiştir. Yapılan kobay tecrübelerinde ise bu basillerin hayatîyetlerini muhafaza ettiklerini ve INH e hassas olan

suşların patogenitelerini kobaylar için muhafaza ettiklerini gördük. Bunu müteakiben basillerin üremesini inhibe etmeyen 0,05 mgr/cc konsantrasyonda kortizon ihtiva eden ve Kortizon ihtiva etmeyen tecrübelerde kullanmak üzere hazırladığımız her iki INH e hassas suşlar müteaddit pasajlarla INH e rezistan hale getirildiler. Neticede gördüğümüz Kortizon ihtiva eden tüblerle etmeyen tübler arasında bir fark yok, yani Kortizon in vitro olarak INH e karşı rezistans teşekkülüne her hangi bir şekilde tesir etmiyor.

İkinci kısımda in vivo olarak Kortizonun INH e rezistan basillerle husule getirilmiş Kobay tüberkülozu üzerine olan tesiri incelenmiştir. Bunun için evvelâ tecrübelerde kullandığımız her iki suş'un INH e karşı hassas olduğunu tespit için her iki suş'da ikiye kobayın karın derileri altına 0,1 mgr. yaş basil ağırlığına tekabül edecek şekilde sulandırılarak zerk edildi. Neticede bütün Kobaylar jeneralize bir tüberkülozdan öldüler, yani kullanılan suşlar kobaylar için tam virulan idiler.

Bunu müteakiben Kortizonun normal kobaylarda yaptığı değişiklikler 6 kobay üzerinde incelenmiştir. ve iki kobaya günde 5 mgr, iki kobaya günde 15 mgr. Kortizon 1 ay müddetle her gün zerk edilmiştir, diğer iki kobay ise kontrol hayvanı olarak kullanılmıştır ve neticede Kortizon zerk edilen kobaylarda miktara bağlı olmadan Karaciğer hacminde 10 gr. kadar bir artma husule gelmiştir, normal kobaylarda karaciğer ağırlığı ortalama olarak 30 gr bulunmuştur. Histolojik tetkikte Kortizon zerk edilen kobayların karaciğerlerinde adacıklar halinde yağlanma tespit edilmiştir. Yapılan kan tetkiklerinde ise Kortizon zerk edilenlerde kanda eozinofil hücrelerde ve lenfositlerde azalma müşahade edildi.

90 mikrogram/cc INH e rezistan hale getirilmiş olan her iki suş'da 18 er adetlik iki grup kobay'a karın derileri altından 0,1 mgr. yaş ağırlıkta basil ihtiva edecek şekilde 9/4/1956 tarihinde zerk edildi. Bir ay sonra yapılan tüberkülin (5 mgr. PPD) kontrolünde her iki grup kobaylar 48 saat sonra vasati 8 mm kuturda endurasyon sahası husule getirerek tüberkülin müsbetliği gösterdiler.

Basil inokulasyonundan 36 gün sonra her gruptaki 6 şar kobaya günde 5 mgr. ve 6 şar kobaya günde 15 mgr. Kortizon bir ay müddetle her gün uyuk adalelerinden zerk edildi. 6 şar kobaylık son iki grup ise kontrol hayvanları olarak bırakıldılar. Bir aylık Kortizon zerklerini müteakib her gruptan ikiye kobay havagazı ile öldürüldü. Bütün kortizon zerkleri yapılan kobayların basil inokulasyon yerlerinde kortizon miktarı ile orantılı olarak lokal iltihabı lezyonlarda aşikâr bir azalma hali

müşahade edildi. Kortizon miktarı ile orantılı olarak kanda da Eozinofil ve lenfest hücrelerde bir azalma tespit edildi. Kortizon zerk edilen kobayların organlarında makroskopik ve mikroskopik olarak tüberküloz dokusu tespit edildiği gibi bu organların kültürlerinden de bol miktarda basiller üredi. Bu basiller 90 mikrogram/cc INH e rezistan bulundular. Keza inokulasyon yerlerinde de bol miktarda basiller ürediler. Kontrol kobaylarının ise sadece inokulasyon yerlerindeki iltihabı absede 90 mikrogram/cc INH e rezistan basiller üremekle beraber bu hayvanların organlarında mikroskopik ve makroskopik olarak tüberküloz dokusu tespit edilemediği gibi bu organların kültürleri de steril kaldı. Görüldüğü gibi Kortizon burada hematojen bir yayma sebebiyet vermiştir, fakat basil rezistansında hiç bir değişiklik husule getirmemiştir.

Kortizon zerkleri kesildikten iki ay sonra gene her iki partiden 5 ve 15 mgr. Kortizon zerk edilen kobaylarla kontrol kobaylardan ikişer adedi daha öldürüldüler. Bu defa kortizon zerk edilmiş kobayların bir kısmının lokal abseleri tamamen kaybolmuş veya belli belirsiz büyüklükte bulundu. Kontrol kobaylarının ise lokal abseleri çok küçülmüş bulundu. Hem Kortizon zerk edilenlerde ve hemde kontrol hayvanlarında organlarda makroskopi ve mikroskopik olarak tüberküloz lezyonu gösterilemediği gibi organ kültürleri de steril kaldı. Lokal abselerin bazılarında 90 mikrogram/cc INH e rezistan basiller üredi. Görülüyorki Kortizon tesiri ile organlarda hematojen bir yayım husule gelmekle beraber kortizon kesildikten iki ay sonra organizma bu basillerden tamamen temizlenmiş oluyor.

Kobaylara basil zerkinden 5 ay sonra tüberkülin kontrollerini tekrarladık. Vasati 5 mm kuturda endurasyon gösterdiler, yani deri allerjileri çok azalmış, bazılarının ise menfilemişti. Her gruptan birer hayvan öldürdük ve yaptığımız tetkikte hiç bir kobay gurubunun organlarında basil tespit edemedik ve gerek makroskopik ve gerek mikroskopik olarak tüberküloz dokusunu görmedik. 3 kobayın lokal abselerinden üretebildiğimiz kültürler 90 mikrogram/cc INH e rezistan bulundu.

Basil zerkinden 111 ay sonra elimizde kalan kobayların tüberkülin deri allerjileri negatif bulundu. Bunların basil inokulasyon yerleri artık tespit edilemiyordu. Kobayları öldürdüğümüzde ne basil inokulasyon yerlerinde ve nede organlarında tüberküloz dokusu tespit edilemediği gibi, bu kısımlarda yapılan kültürler de negatif kaldı.

Kobaylara Kortizon zerkleri tüberklin allerjileri müsbet olduktan sonra yapılmıştı. Bu defa ikişer kobaya her iki basil suşundan 0,1 mgr. zerk edip aynı zamanda 5 ve 15 mgr. günlük dozda kortizon enjeksiyonlarına başladık ve enjeksiyonlara 45 gün devam ettik. Bu müddet

esnasında kobayların hiç birinin basil zerk yerlerinde lokal abse teşekkül etmediğini ve ganglionlarda bir değişiklik husule gelmediğini müşahade ettik. Yapılan tüberkülin kontrolu ise vasati 4 mm kuturdu bir endurasyon gösterdi. Kobaylardan 1 tanesi Kortizon zerkinin 44. cü günü öldü yaptığımız otopside organlarda ileri derecede tüberküloz lezyonlarını hem makroskopik ve hemde mikroskopik olarak tespit ettik. Kortizon zerklerinin 45. ci günü öldürülen diğer 3 kobayda da ileri derecede organ tüberkülozu tespit edildi. Bütün organ kültürlerinde 90 mikrogram/cc INH e rezistan tüberküloz basilleri üredi.

Tecrübelerimizde görüldüğü üzere diğer bir çok müellifler gibi bizde INH e rezistan basillerin kobaylar için patojenitelerinin çok azaldığını müşahade ettik (20, 22, 25, 26). Tecrübelerimizde görüldüğü gibi Kortizon'un INH e rezistan basillerle husule getirilmiş kobay tüberkülozunun seyri üzerine fena bir tesiri vardır. Kortizon kobaylarda hematojen bir yayma sebebiyet vermiştir. Bilhassa Kortizon zerkleri basil inokulasyonu ile beraber yapılırsa bu hal çok daha barizdir. Kortizon'un Kobay tüberkülozunun seyri üzerine olan fena tesirlerini daha bir çok araştırmalarda tetkik etmişlerdir (8, 9, 10, 11, 12, 13, 28, 29, 30).

Kortizon'un tüberküloz enfeksiyonunun seyrindeki bu fena tesiri. INH e rezistan olan basillerin rezistansının kaybolması ile değildir. Tecrübelerimizde gördüğümüz gibi kortizon zerklerinden sonra organlardan elde ettiğimiz basilleri daima 90 mikrogram/cc INH e rezistan bulduk. Max lurie ve arkadaşlarına göre (31, 32, 33, 34) Kortizon, vücudun müdafaa elemanları olan makrofajların basilleri fagosite etme kabiliyetini arttırmakta, fakat onların hazmetme kabiliyetlerini azaltmakta ve böylece basiller makrofajların içlerinde çoğalmaktadırlar. Keza Kortizon bu müelliflere göre lenfopoezi inhibe etmekte ve antikor teşekkülüne mani olarak zararlı tesir etmektedir.

Görülüyorki INH e hassas basillerle husule getirilmiş enfeksiyonda olduğu gibi INH e rezistan basillerle husule getirilmiş kobay tüberkülozunda da Kortizon iki tarafı keskin bir kılıç gibi tesir etmektedir. Şöyleki bir taraftan enflamasyonu azaltarak ve biraz efori vererek iyi tesir eder gibi gözükmekte, fakat diğer taraftan organizmada mezanşimal doku faaliyetini önliyerek basillerin jeneralizasyonuna ve organizmada yerleştikleri mihraklarda kolayca çoğalmalarına sebebiyet vermekte ve orgnizma için haddizatında zararlı tesir etmektedir. Herhalde INH e hassas basillerle husule gelmiş insan tüberkülozunda Kortizon tüberkülostatiklerle beraber kullanılabilir ve iyi neticeler alınabilirse,

INH e rezistan basiller çıkaran hastalarda bu ilacı kullanmamalıdır. Hasta INH beraber olsa dahi basiller buna karşı rezistan olduğundan INH in koruyucu bir tesiri olmayacak ve Kortizon'un zararlı tesiri kendini gösterebilecektir.

L I T E R A T Ü R

- 1) Pierre B, V, Dupont.: Revue de la T. 5 Serie Tome 16 No. 11, 12 929, 1952.
- 2) King E, Johnson B.: J. A. M. A. Sept 1951, 147, 238.
- 3) Poo C, Ottosen P.: J. A. M. A. 1951, 147, 241.
- 4) Doerner A, Neagele C.: The Amer Rev. of. Tbc. 1951, 64, 564.
- 5) Harris - Jones : Lancet 1952, 2/3, 115
- 6) Linden W, Tompson A.: Amer Rev of Tub. vol 66 No: 2 161, 1952
- 7) Eugene J, Des Autels.: Diseases of the Chest 1956, 30, 486.
- 8) Spain D, Molomut H.: Amer Rev Tuberc. 1950, 62, 337.
- 9) Michael Jr, Cummings M.: Proc. Soc. exp. Biol N. Y. 1957, 75/2 (613-616).
- 10) Coste F, Pierre B.: Revue de la Tub. 5 serie - Tome 15 7-7 1951.
- 11) Pierre B, Vic - Dupont.: Revue de la Tub. 5 serie - Tome 16 No. 10 - 11 912, 1952.
- 12) Bloch R, Vennesland K.: The J. of Lab. and Clin. med. 1951, 38, 133.
- 13) Karlson A. and Gainer J.: Dis, Chest 1951, 20/5, 469.
- 14) Winner H, Ewans W.: Tubercle 1952 33/8, 239.
- 15) Sergio L, Mario T.: Giorn. Ital Tbc. 1953, 7, 69.
- 16) Bacos M, Smith T.: Amer Rev. Tuberc 1953 67, 201.
- 17) Maistre C, Tompsett R.: Amer Rev. Tuberc.: 1951, 64, 295.
- 18) Weiner H, Boak R.: Amer Rev. Tuberc, 1953, 68, 31.
- 19) Steenken W, Wolinsky E.: Amer Rev. Tuberc. 1953, 68, 548.
- 20) Vidinet I.: Tüberküloz ve Toraks, 1955 - 1956 Vol 3, No: 6, Vol 4 No. 1-2
- 21) Meissner G.: Beit. zur Kl. der Tuberk. 1955, 113, 62.
- 22) Gernez - Rieux, Tacquet A.: Annales de l'inst. Pasteur de Lille vol 6, 1953 - 1954.
- 23) Gernez - Rieux, Tacquet A.: Ext. de l'ile med. de Juillet 1956, 3, 1956, 1, No. 3.
- 24) Middlebrook G.: Amer Rev. Tuberc. 1954, 69, 471.

- 25) Cohn M. L., Oda V.: Amer Rev. Tuberc. 1954, 70, 465.
- 26) Meissner G.: Fort. der Tubercforsch. 7, 52 - 100, S. Karger Basel/New York 1956.
- 27) Spain D, Molomut N.: Amer Rev. Tuberc. 1953, 67, 101.
- 28) Roche P, Cummings M.: Amer Rev. Tuberc. 1952, 65, 603.
- 29) Cummings M, Hudgins P.: Amer Rev. Tuberc. 1952, 65, 596.
- 30) Engback C, Friis H.: Acta. Path. et Micb. Scandinavica 1952, 31, 3.
- 31) Max. B. Lurie, P. Zappasodi.: Rep. Ciba Found., Symp. Exp. Tuberc. 1955, 246-253.
- 32) Max B. Lurie, P. Zappasodi.: Reprinted from Science 1951, vol, 113, No. 2931, 234-237.
- 33) Max. B. Lurie.: Advances in Tuberc. research 1955, Vol 6, seperatum.
- 34) Max. B. Lurie, P. Zappasodi.: Rep. Copyright, 1953, by, Columbia University pres, 8.

—oOo—

**Celse Konusu : Tüberküloz Patolojisi ve
Bakteriolojisi Konusundaki Tebliğlerin
Münakaşası**

ALTINCI CELSE

Celse Başkanları : Dr. İ. Şevki ATASAGUN — Dr. İrfan TITİZ

Celse Kâtipleri : Dr. Behiç YÜCEL — Dr. Ali ERASLAN

TÜBERKÜLOZ PATOLOJİ VE BAKTERİYOLOJİSİ KONUSUNDAKİ TEBLİĞLERİN MÜNAKAŞASI.

Dr. Tevfik İsmail GÖKÇE

İzoniyaide mukavim basillerle ve bunların bilhassa 10 mikrogramdan yukarı tam mukavim olan suşlarında virülansın ehemmiyetli surette azaldığı tahakkuk etmiştir. Bu hâdisenin hastanın şahsı ve tüberküloz epidemiolojisi bakımından ehemmiyeti vardır.

İzoniyaide mukavim basillerle enfekte edilmiş hayvanlarda hassas basillerle olanlara nisbetle hastahklarındaki aşıkâr bir selimlik görünmesine rağmen izoniyaide mukavim basil saçmakta olan insanlardaki hastahğın durumu hakkında bir fikir birliği yoktur. Bunlarda hastahğın müsait bir seyir takip ettiğini iddia edenler olduğu gibi aksini ileri sürerler de vardır. Mamafî vakalarımız mahdut olmakla beraber kendi müşahadelerimiz hertürlü ilâcı olarak basilleri mukavemet kesbetmiş vakalarda izoniyaide devam etmenin çok zaman faydalı olduğu merkezhindedir.

İzoniyaide yüksek derecede tam mukavim basil saçan vakaların epidemiyolojik bakımdan ehemmiyeti meselesine gelince : hayvan tecrübeleri bunların hermutad kobaylarda müterekki enfeksiyon yapmadıklarını ve farelerdeki hastahğın hassaslara nisbetle daha az müterekki bir seyir takip ettiğini göstermektedir. İnsan topluluklarında bazı bilgilerin yapmış oldukları tetkikler, nisbeten mahdut sayıları istinat etmekle beraber, izoniyaide mukavim basillerle yeni enfeksiyonların nadir olduğunu göstermektedir. Buna dayanılarak kronik ve her türlü te-

daviye rağmen basil sağlamak devam eden vakalarda devamlı izoniyazid vererek bu basilleri ona karşı tam mukavim kılmak ve bu mukavemeti devam ettirmek suretile epidemiolojik faide temin edilebileceği ileri sürülmüştür. Bu mesele hakkında fikirler muhtelifdir. İzoniyazide mukavim basillerin virülanslarının tamamen kaybolmadığı, nadir de olsa kobaylarda müterekki hastalık yaptığı ve fareler için esasen patojen olduğu ile sürülerek bu maksatla ve yalnız başına izoniyazit kullanılmasına muhalif olanlar çoktur. Bu husustaki tecrübe, tetkikler ve geniş tatbikattan elde edilen neticelere göre bu meselede şimdilik şöyle bir hattı hareketin takibinin doğru olacağını zannediyorum. Veremli hastanın tedavisinde evvelâ tüberküloz ilaçlarını kombine olarak lüzumlu miktarda ve uzun müddet kullanarak ve icabediyorsa cerrahi tedaviye sevk ederek hastaların tamamen iyi etmeğe çalışmak esas olmalıdır. Bütün bunlara rağmen vaka kronik bir şekle inkılâp eder ve her türlü antibakteriyele karşı mukavim basiller sağlamak devam ederse izoniyazidi yüksek dozda ve uzun müddet ve hattâ devamlı kullanarak basilleri izoniyazide karşı yüksek derecede mukavim bir halde tutmalıdır. Böylece hasta nisbeten virülansı az bir basil taşıyacağı gibi epidemiolojik bakımdan da enfeksiyon yapmak imkânı az olacak veya enfeksiyon olursa ya hastalık olmayacak veya abortif bir şekil takip edecektir.

Dr. Tevfik İsmail GÖKÇE :

Tüberkülozun anatomi patolojisini konu olarak alan bu celsede göğüs içi lenf gangliyonlarının kazeifiye olarak bronşlara açılmasının tüberküloz lezyonlarının patojenisinde ve bilhassa ftizyojeneste oynadığı rol hakkında kısa maruzatta bulunmak istiyorum. Prof. Şifartz'ın bu konuda memleketimizde yapmış olduğu tetkiklerle vasıl olduğu neticeler Heybeliada sanatoryomunda bulunduğum esnada müessesemiz tarafından yapılan tetkik ve müşahadelerle teyid etmiş ve 1000 vak'a üzerindeki bir etüdde % 66 nisbetinde lenfa denopronşik delinmelerden ileri gelen karakteristik araz görüldüğü tesbit edilmiştir. Prof. Şifartz tarafından ecnebi memleketlerde yapılan tetkiklerle de teyid edilen bu olay mumaileyh tarafından olduğu gibi tarafından da enternasyonal toplantılarda belirtilmiş ve neşriyat yapılmıştır. Meselenin leh ve aleyhinde münakaşalar devam etmektedir. Bilhassa memleketimizde kahil fitizisinin başlangıcında ve pusselerle terekkisinde bu hâdise çok büyük rol oynamaktadır. Hâlen klinikten çekilmiş bulunuyorum. Müesseselerde bulunan kıymetli arkadaşlarımızdan, henüz umumi bir kabule maz-

har olmayan fakat kanaatimce büyük ehemmiyeti haiz olan bu meselenin klinik, radyolojik, tomografik, bronkoskopik, bronkografik ve anatom patolojik bakımdan tetkike devam etmelerini rica edeceğim. Alınacak netice yalnız memleketimiz için değil enternasyonal bakımdan da faydalı olacaktır.

Dr. Necmettin Keleşoğlu :

Tüberküloz basillerinin Virulans bahsinde yüksek dereceye rezistanstan ziyade katalaz aktivitesinin kaybolmasının rolü büyüktür. Zira yüksek derecede rezistans olupta (50 — 808/cc katalaz aktivitesini kaybetmeyenler. Buna mukabil daha düşük derecede rezistans olupta katalaz aktivitesi olmayanlar hayvanlarda hastalık husule getirme kabiliyetleri azalıyor. Buna göre esas mesele katalaz aktivitesidir.

Keza bir hastanı muhtelif zamanlarda katalaz aktiviteleri ve rezistans durumlarda değişmektedir. Profilaksi de bu meseleyi de nazara itibara almak icap etmektedir.

Prof. Dr. Muharrem KÖKSAL :

Dr. ERBERGER'in enteresan tebliğinden çok istifade ettim. Bazı hususlarda tenvir ederlerse minnettar kahrım.

İnsan Tb. Lezinyonlarında (antitüberkülo tedavisinin terakkisinden sonra) görülen tahavvüller nelerdir.

Karaciğerdeki lezyonlar mikroskopik olarak da tefrik edilebildimi. Karaciğer Tüberkülozunun histolojisi insanda da aşağı yukarı aynı vasıftadır, Polimorfizm vardır.

Allerjik fenomenlerin Richer basamak kaideeri ile izah ne dereceye kadar mümkün ve doğru olabilir. Bu teori bugün kıymetini tamamen kaybetmiş bulunuyor.

Kobaylarda husule gelen karaciğer sirozu Tb. ile alâkadar olabilir. Acaba perikolanjitik noduller bulundumu?

—oOo—

**Celse Konusu : Tüberküloz Tedavisinin
Bu Günkü Durumu**

YEDİNCİ CELSE

Celse Başkanları : Dr. Zafer PAYKOÇ — Dr. Seyfettin KÖKSAL

Celse Kâtipleri : Dr. İrfan KAYAALP — Dr. Celâlettin AYATA

ANTİBİYOTİK TEDAVİNİN TÜBERKÜLOZ SEMENTOMOTOLJİSİ ÜZERİNE TESİRLERİ

Dr. Ali Necmi BULUTLAR *

Son zamanlarda klinisyenler eski fizik tiplere servislerinde pek raslamadıklarını tekrarlamaktadırlar. Son antibiyotik ilâçlarla tedavide görülen iyiliklerin tüberküloz sementomotolojisi ve semiyolojisi üzerine de tesir ettiği gözden kaçmamaktadır. Kliniğe alınan bir hastanın objektif ve subjektif bulgularında çok kısa zamanda hasta lehine bir değişikliğin görüldüğü bir hakikattir. Biz sanatoryomumuzda 100 hasta üzerinde yaptığımız ufak bir çalışma ile hastaların ilk hastalığa tutuluşlarında hissettikleri semptomları tespit ettik. Sanatoryoma kabullerinde tedaviye başlamadan evvelki klinik muayene neticelerini de çıkardık. Bu 10 hastanın tedavi süreleri muhtelif olmakla (1 ay ile 1 sene) beraber, bilhassa yeni hastalananların çok büyük bir ekseriyetinde objektif ve subjektif bulgularda, kısa bir tedavi müteakip ileri derecede bir salâh dikkati çekmiştir. Kronikleşen hastalarda basîl devam ettiği halde ilk semptomların kaybolduğu buna mukabil fitik bulguların daha sebatkâr olduğu görülmüştür. Dikkati çeken bir cihette ilk tutuluşta öksürük ve balgam çıkarmanın hemen daima sigaraya ateş ve terlemeninde üşütmeye bağlanmasıdır.

Hastalarda tespit ettiğimiz ilk semptomları şöyle hülâsa edebiliriz. Kanama % 48, öksürük, % 88, balgam çıkarma % 74, gece terleri % 62, zayıflama % 90, halsizlik % 88, iştahsızlık % 80, ateş % 68, disp-

[*] İşçi Sigortaları Kurumu Süreyyapaşa İşçi Sanatoryumu

ne % 18, ağrı % 22. Bu rakkamların tetkikinden tedaviye başlanmayan hastalarda bilhassa öksürük, zayıflama, halsizlik, iştahsızlık en çok görülen arazlardır. Kanama % 50 nin altındadır.

Yapılan tetkiklerde ateşin büyük bir kısmının zannedildiği gibi sup-febril olmayıp bilâkis yüksek seyretmekte fakat antibakteriel tedavi ile kısa zamanda ateşin düştüğü görülmektedir.

İlk muayenede elde edilen fizik bulgular ise şöyledir. Matite % 80, yaş ral % 74, kuru ral % 20, suflan teneffüs % 28, zorlu ekspiryum, 14, vibrasyon değişikliği % 20, yüksek sedimantasyon % 92, basil % 96, frotman % 2.

Çalışmamızda hastalar seçilirken bir tercih yapılmış o da hastaların geliş veya tedavileri esnasında basil tespit edilmiş olmasıdır. Böylece ilk hastalananlarda müsbet basil yüksek sedimantasyon, hasta bölgede matite ve yaş raller başta gelen fizik bulgulardır.

Aynı hastaların tedavi esnasında ki durumları ise şöyledir, ve bu çalışma hastaların tedavileri bitmeden yani tabureu edilmeden yapılmış olup bu bakımdan antibiotik ilaçların semptomotoloji ve semiyoloji üzerine olan tesirleri daha iyi gösterilmiş olduğunu zannetmekteyiz. Buna göre tedaviye başlanılan ve devam edilen hastalarda kanama % 10, öksürük, % 26, balgam % 24, terleme % 2, zayıflama % 10, halsizlik % 8, iştahsızlık % 3, ateş % 0, dispne % 10, ağrı % 2 dir. Antibakteriel tedavinin başlaması ile % 88 olan öksürük % 26 ya, % 90 olan zayıflama % 10, a, % 88 olan halsizlik % 8 e düşmüş olup diğer semptomlardaki azalmalarda aşikârdır.

Fizik bulgulara gelince: bunlarda da antibakteriel tedavi ile aşikâr bir gerileme tespit edilmiştir. Şöyleki : Matite % 56, yaş raller % 50 kuru raller % 16, sulflan teneffüs % 26, zorlu ekspiryum % 26, zorlu ekspiryum % 16, vibrasyon değişiklikleri % 4, sedimantasyon yüksekliği % 4, sedimantasyon yüksekliği % 36, müsbet basil % 48 dir.

Fizik bulgulardaki azalma ortalama % 50 kadardır, semptomlardaki azalma ise bundan çok daha fazladır. Yani hastalarda fizik bulgular devam ettiği halde, hasta kendisini iyi hissetmekte kendisini rahatsız eden arazlardan kısa zamanda kurtulmuş olmaktadır. Bu ufak çalışma neticesinde şunu cesaretle söyleyebilirizki antibiotik ilaçlar tüberkülozun subjektif ve objektif bulgularında aşikâr değişiklikler yapmakta tam şifa olmadan dahi klinik bir şifa olduğu görülmektedir.

—oOo—

AKCİGER TÜBERKÜLOZUNUN AKTÜEL PROBLEMLERİ

Dr. Abit KÖYMEN

Dr. Aft Necmi BULUTLAR [*]

Her sahada olduğu gibi tüberküloz kolundaki son senelerdeki ilerlemeler bizi çok yeni problemlerle karşılaştırmıştır. Bilgilerimizin artması teşhis ve tedavi imkânlarının çoğalması tüberküloz sahasındaki endişelerimizi değişik yönlerden arttırmıştır. Yirmi otuz sene evvel tüberkülozun teşhis ve tedavisinde eldeki imkânların azlığı, tedaviden evvel ve sonra hasta ve hekim için fazla bir değişiklik göstermiyordu. Hasta az bir ihtimalle iyileşecek veya akibetini bekliyeycekti. Bugün tedavi imkânlarının artması hastaların tekrar hayata atılmalarını arttırmış buna mukabil nihai karar verebilme endişelerini çoğaltmıştır.

Daha ziyade tatkikateci olarak tüberküloz sahasındaki yeni problemleri patojeniye girmeden Hey'eti alinize arza çalışacağız. Gayemiz hal sekli aramaktan ziyade halli gereken müşküllere işaret etmekten ibaret olacaktır.

Tüberküloz sahasındaki yeni problemleri şu şekilde sıralayabiliriz:

1 — Teşhis problemleri : Radyolojik imajların patolojik potansiyel problemlerini ve şifa kriteriyumlarını bu grup altında inceleyeceğiz. Görülen radyolojik anomalilerin sadece grafik tetkikleri ile aktiviteleri ve hastalık yapabilme kabiliyetlerini tesbit hemen hemen imkânsızdır. Klinik ve lâbrotuarda % de % her vak'ada bize yardımcı olmamaktadır. Bilhassa tedaviden sonraki bakiye imajların durumu hekimi çok defa düşündürmektedir. Bu imajlarda nüks ihtimali, bakiye lezyonun Anatomo - Patolojik durumu hastanın istikbalini tehdit ettiği gibi hekimi de endişeli bir durumda bırakmaktadır. Uzun müddet Stasyoner kalan yuvarlak imajların cerrahi veya tıbbi tedaviye tabi tutulması hakkında karar vermek hele hastanın bir şikayeti olmadığı takdirde çok zordur. Yalnız bu imajların ilerde ne gibi bir tablo arzedeceğini önceden kestirememeye sıkıntısı hekimi haklı olarak radikal bir müdahaleye zorlamaktadır. Bilhassa hasta takibi güç olan memleketimizde bu şekildeki stasyolen diyebileceğimiz imaj gösteren vak'alardaki hareket tarzı doğrudan doğruya hekimin kanaat ve şahsi kabiliyetine bağlı bulunmaktadır.

[*] İçişleri Bakanlığı Kurumu Süreyyapaşa Sanatoryumu

Aynı şekilde tedaviden sonra kalan rest kaviteler, fibröz bakiyeler, kalsifiye mihraklar nüks ve son zamanlarda ısrarla belirtilen nedbele-
rin malignite kazanması meselesi çok ehemmiyet kazanmışlardır. Kli-
nik laboratuvar ve röntgen bulguları ile stasyonier bir hale gelmiş olan ve
hiç bir şikâyeti kalmıyan umumi ahvali düzelmiş bu tip hastalara ile-
rideki endişeler yüzünden bir cerrahi müdahaleyi kabul ettirmenin zor-
luğunu takdir edersiniz. Bu sebeplerle teşhis ve tedavi sonunda görü-
len radyolojik imajlar hakkında kesin ve tam karar vermek imkânından
henüz mahrumuz.

Akciğer tüberkülozu şifasını tayin eden dört grup faktör vardır.

- 1 — Radyolojik faktörler
- 2 — Bakteriyolojik faktörler
- 3 — Biyolojik faktörler
- 4 — Klinik.

Bakteriyolojik, biyolojik ve klinik şifa hakkında oldukça emniyet-
li testlere malik olmamıza mukabil yukarıda da izah ettiğimiz gibi rad-
yolojik testlerin tefsirinde kafi vuzuha sahip değiliz. Bundan da anlaşı-
lıyorki zamanımızda akciğer tüberkülozunun teşhisi güç bir problemdir.
Netekim bu mevzu 3 ncü tüberküloz kongresinde sanatoryomumuzun
bir travayına mevzu teşkil etmiştir. Ekseres cerrahisi sonu elde edilen
piyes nedbelerinin baktoryolojik tetkikleri evvelce bakteriyolojik şifaya
karşı beslenen emniyeti tereddüde düşürmüştür. Teksif, kültür ve ko-
bay inokulasyonuna kadar basil tesbit edilemeyen vak'aların ekseres
piyeslerinden basil üretilmesinin kabil oluşu bakteriyolojik şifanın da
kat'i bir kreteryum olmadığını göstermektedir.

Antibiyotik tedavisi altında husule gelmiş hakiki şifa vak'alarının
yanında muvakkat remisyonlar gösteren maskeli, kazip şifa vak'aları-
nın mevcudiyeti zamanımızın tehlikeli problemlerinden biridir.

2 — Tedavi problemleri : Tüberkülozda tedavi imkân ve metotla-
rının artması bizleri yeni meselelerle karşılaştırmıştır. Bunların üzeri-
ne eğilip hakiki durumlarını kıymetlendirmek gerektir. Bu problemler-
in en mühimi kollaps metotlarının bugünkü durumudur. Kendi tatbika-
tımız ve dünya literatürlerinden anlaşılabileceği üzere Pnomotoraks devri-
ni 1952 den itibaren kapamıştır. Firenik egzersinin de mahzurları görül-
düğünden hemen hemen o da silinmiş gibidir. Pnomoperituan'a gelince
son zamanlarda mevziide olsa bazı tüberküloz müesseselerinde bu teda-
vi metodunun da terkedildiği veya mahdud vak'alarda kullanıldığı bil-
dirilmektedir. Hakikaten Pnomoperituanın tedaviye fazla bir yardımı

dokunmadığı tam olarak kabul edilirse cerrahi müdahalelere çok daha
fazla yer verileceği aşikârdır. Ancak bilhassa tüberküloz cerrahisinin
hususı durumu göz önüne alınarak egzerese karşı duyulan aşırı hayran-
lığın ileride ne gibi komplikasyonlarla karşılaşacağını şimdiden kesti-
rememek bizi ihtiyatlı harekete sevketmektedir. Buna nedbelerdeki nüks
nisbeti ve kanser teşekkülü endişesini de ilâve edersek adeta tüberkülo-
zun kat'i tedavisinin cerrahi olacağı gibi bir mânâ çıkarki böyle bir ka-
rarı şimdiden vermek ihtiyatsızlığında da bulunmamak isteriz.

Tedavide muhtelif antibiyotik kombinezyonları bugün için bir prob-
lem olmaktan çıkmakla beraber rezistansa mani olma işi henüz halledil-
miş değildir.

Sanatoryal, ambratuvar ve ev tedavisinin de henüz hal edilmemiş ol-
duğu 4 ncü tip kongresinin panel mevzularından biri olduğu aşikârdır.

3 — Medikososyal Problemler: Modern antibiyotiklerin tatbikinden
bir müddet sonra yeni bir hasta tipinin meydana çıktığı vir vakıadır.
Bunlar hastalığını gayet iyi sporta eden basili, kaviteli, zaman zaman
hemoptezi ve evolutif püsseler gösteren ve her türlü tedavi metotları-
na mukavemet eden yeni bir grup hastadır. Bunlar umumi ahvalleri
itibariyle hasta zannı dahi uyandırmayabilirler subjektif olarak kendi-
ni iyi hisseden böyle bir hastayı tıbbi veya cerrahi bir tedaviye zorla-
manı ngüçlüğü de aşikârdır. Bir çok memleketlerde bu tip hastaların sos-
yal ve iş hayatları için önemli teşebbüslere geçilmiştir. Fakat bu mev-
zu memleketimizde henüz ele alınmış değildir. Aynı zamanda lezyonları
sporta ede nrezistans basilli bone oronique diyebileceğimiz bu grup has-
talar çalışma gücüne de sahiptirler. Bunların sosyal ve iş durumlarını
ele almak zamanının geldiği kanaatindeyiz.

Hülâsa olarak tüberküloz teşhis ve tedavisinde ve şifa problemler-
inde hekime kat'i yol gösterecek test ve metotlardan bugün için mah-
rum bulunduğumuz gibi Bone Cronique olarak tavsif ettiğimiz hasta-
ların sosyal kaderlerinin ve vazih olmadığını belirtmek isteriz.

—oOo—

TÜBERKÜLOZDA TIBBİ TEDAVİNİN BUGÜNKÜ DURUMU

Dr. Neşatî ÜSTER

Antibiyotikler tüberküloz tedavisinde yeni bir devir açmış ve son on yıl içinde bu sahada ehemmiyetli değişiklikler ve ilerlemeler olmuştur. Bu yıllarda şimiyoterapi tüberkülozun tedavisinde büyük bir yer tutmuş ve bu hastalıkta cerrahî tedavinin tekâmülüne daha geniş ölçüde ve daha emniyetle tatbikine zemin hazırlamıştır. Uzun zaman akciğer tüberkülozunda başlıca aktif tedavi metodu olarak kullanılan kollapsoterapi, bugün vakaların çoğunda lüzumsuz bir müdahale haline gelmiştir. Evvelce kollaps metodlarından birini tatbik ettiğimiz hastaların çoğu, artık yalnız antibakteriyel maddelerle tedavi edilmekte, bir kısmı da cerrahî müdahale ile iyileştirilmektedir.

Akciğer tüberkülozunda tıbbî tedavinin son yıllarda takip ettiği seyri ve bu günkü durumunu belirtmek maksadı ile, servismizde 1949 yılından beri yatmış olan hastalardan 700 ünün dosyalarını inceledik. Bu hastalardan bazıları, bu müddet içinde bir kaç defa yatmış olduklarından 700 dosyada 1289 tedavi süresini gözden geçirmiş olduk. Hastalarımızın 393 ü erkek (% 56), 307 si kadın (% 44) dı. Yaş grupları bakımından büyük çoğunluğu 15 - 29 arasında bulunanlar (% 59,6) teşkil ediyor, ondan sonra da 30 - 49 yaşlarında olanlar (% 26,3) geliyor (cetvel - 1).

Pnömotoraks, on sene evvel akciğer tüberkülozu tedavisinde, henüz büyük bir yer tutuyordu. Biz de 1949 da servisimizde yatan hastaların % 42,4 ünde pnömotoraks yapmıştık. Ondan sonraki yıllarda pnömotoraks gittikçe daha az yapılmaya başlanmıştır. 1951 de serviste yatan hastalarda pnömotoraks nisbeti % 30 a, ertesi yıl % 24 e inmiş, ondan sonra bu nisbet daha sür'atle azalarak 1953 de % 13,7 ye, 1955 de % 4 e, 1957 de ise % 2 ye düşmüştür (cetvel - 2).

Pnömo-peritüvan, akciğer tüberkülozunun tedavisinde bir aralık bir aralık pnömotoraksın yerini alır gibi olmuşa da, bu tıbbî kollaps ikbal devri pek uzun sürmemiştir. 1952 de serviste yatan hastaların % 17 sine Pnp: yapılmıştı. Ertesi sene bu nisbet birden % 48,6 ya yükselmiş, 1954 de de hastaların % 40 ında bu tedavi metodu tatbik edilmişti. Ondan sonraki yıllarda Pnp. daha az kullanılmaya başlanmış, 1955 de hastaların % 21 ine, 1956 da % 15,4 ine, 1957 de % 9,2 sine, 1958 de ise % 4 ine yapılmıştır. (cetvel - 2).

Şimiyoterapi, tüberküloz tedavisinde çok sür'atle yer almıştır. Daha 1949 da hastalarımızın % 60,5 unda bakteriyostatik maddeleri kullanıyorduk; ertesi sene bu nispet % 69 a, 1952 de % 77,4 e, çıkmıştır. Bundan sonraki yıllarda antibakteriyeller daha çok kullanılmaya başlanmış ve 1953 de serviste yatan hastaların % 90'8 inde, 1954 de % 94,6 sında şimiyoterapi tatbik edilmiştir. O vakitten beri de akciğer tüberkülozu vakalarının büyük bir çoğunluğunda bu tedaviden faydalanılmaktadır (cetvel 1 - 2).

Bakteriyostatikler tüberküloz vakalarının hemen hepsinde kullanılabilir. Akciğer tüberkülozunun da her şeklinde şimiyoterapiden netice alınabilir. Fakat alınan neticeler vakaların yeniliğine, eskiliğine ve ilerleme derecesine göre değişir. Umumiyetle taze vakalarda bakteriyostatiklerden alınan neticeler pek müsaittir. Eskimiş vakalarda ise şimiyoterapi daha az müessirdir. Biz vakalarımızı, başlangıç tarihlerine göre üç gruba ayırarak bunların her birinde şimiyoterapiden alınan umumî neticeleri inceledik (cetvel - 3). Hastalıklarının başlangıcı 6 aydan daha yeni olanlarda bu tedaviden alınan iyi neticelerin nisbeti oldukça yüksektir (% 88). Altı aydan eski ve iki seneden yeni olan vakaların % 80, daha eski vakaların ise % 67,7 sinde iyileşme görülmüştür.

Servisimizde antitüberküloz ilaçlar kullandığımız vakaların yarısından fazlası çok ilerlemiş durumda bulunuyordu (% 52,9). Orta derecede ilerlemiş vakalar hastalarımızın % 38,8 ini, minimal lezyonlu olanlar ise ancak % 8,3 ünü teşkil ediyordu. Halbuki bu tedaviden en çok fayda görenler hastalıkları henüz ilerlememiş minimal lezyonlu vakalardır. Nitekim servisimizde yatmış bulunan bu tip hastalarda iyileşme nisbeti % 96 dır. Orta derecede ilerlemiş vakalarda bu nisbet % 88,6, çok ilerlemiş vakalarda ise % 64,7 dir (cetvel 1 - 4).

Memleketimizde bugün akciğer tüberkülozu tedavisinde kullanılan bakteriyostatik maddelerin başlıcaları: Streptomycin, PAS ve İNH : dir. Antitüberküloz ilaçlar arasında yer almış bulunan (Thiosemicarbazon) bir ara memleketimizde de kullanılmışsa da izoniyazidin tüberküloz tedavisine girmesinden sonra hemen hemen terk edilmiştir. 1951 yılında servisimizde yatan hastaların % 14 ünde bu madde - daha ziyade diğer antibakteriyellerle birlikte - kullanılmış, ertesi sene bu nispet % 7,5 a düşmüş, ondan sonra da hemen kullanılmamış gibidir. Son yıllarda bazı vakalarda anti - inflamatuore maddelerden de faydalanılmaktayız. Bunlardan Bütözalidin ve cortico - steroid hormonlar antibakteriyel tedaviye taannüd eden bazı vakalarla, bazı hususi hallerde bakteriyostatiklere değerli birer yardımcı olmaktadır.

Hastalarımızın yaş grupları

Yaş grupları	0 - 4	5 - 14	15 - 29	30 - 49	50 den yukarı	Toplam
Hasta sayısı	8	35	417	26,3	56	700
%	1,1	5	59,6	18,4	8	

Cetvel — 1

Hastalarımıza tatbik edilen tedavi metodları

Yıllar	Pnömotoraks %	Pnömo-peritüvan %	Simiyoterapi %	Kür %
1949	42,4	0	60,5	29
1950	27	0	69	16
1951	30	0	60	19
1952	24	17	77,4	15
1953	13,7	48,6	90,8	10
1954	4,4	40	94,6	4,5
1955	4	21	94	7
1956	3,7	15,4	93,2	6,8
1957	2	9,2	95,4	2,6
1958	2,4	4	95,2	1,6

Cetvel — 2

Simiyoterapinin hastahğin yaşına göre tesiri

Hastahğin başladığı tarih	Fenalaşma %	Haliyle %	İyileşme %	Çok iyileşme %
0 — 6 ay evvel	4	8	57	31
6 — 24 ay evvel	7	14	60,7	18,3
2 yıldan evvel	10	22,3	52,7	15

Cetvel — 3

Streptomycin, memleketimizde en evvel tanınmış ve en çok tutulmuş olan antitüberküloz ilâdır. Biz de 1949 - 51 yıllarında, servisimizde yatan hastalarda en çok bu antibiyotiği kullanmıştık (cetvel - 5). İlk zamanlarda yalnız olarak kullanılan bu antibiyotiğe karşı, basillerde mukavemet husule geldiği çabuk anlaşılmıştı. Bunun için evvelâ muayyen miktarları aşmamağa dikkat ediyorduk. Sonra da diğer bakteriyostatiklerle beraber kullanmağa başladık. Daha 1949 da bazı hastalarda hem streptomycin, hem PAS kullanmıştık. Fakat o vakitler bu iki ilâc aynı zamanda kullanılmıyor, biri bırakıldıktan sonra diğerine başlanıyordu. 1951 den itibaren iki ilâcı birlikte kullanmağa başladık. 1952 den sonra da bu antibiyotiği hiç yalnız kullanmadık.

PAS, ilk zamanlarda yalnız olarak kullanılmış, fakat memleketimizde hiç bir vakit ön plâna geçememiştir. Bu ilâcın ağızdan alınmasındaki güçlük ilk yıllardan beri geniş ölçüde kullanılmasına engel olmuştur. Bununla beraber son yıllarda diğer antibakteriyellerle birlikte çok sık verilmektedir. PAS perfüzyonlarından, bilhassa diğer tedavi vasıtalarına inad eden ateşli vakalarda faydalandık. Fakat bu metodun - bazılarının iddia ettiği gibi - kaviteler üzerine âşikâr bir tesirini görmedik.

İzoniyazid, servisimizde 1952 yılından itibaren kullanılmaya başlanmış ve sür'atle yayılarak diğer bakteriyostatikleri geride bırakmıştır. Fakat bu ilâca karşı mukavemet çok çabuk teessüs etmektedir. Bunun için daha ziyade diğer antibakteriyellerle birlikte kullanılmakta ve bugün tüberküloz tedavisinde büyük bir yer işgal etmektedir (cetvel - 5). Son yıllarda İzoniyazide mukavim basillerin virölansı üzerinde yapılan incelemeler, bu ilâcın yalnız kullanılmasına karşı duyulan ürkekliği kısmen gidermiştir.

Hastalarımızda bakteriyostatiklerin teker teker ve muhtelif kombinasyonlar halinde kullanılmalarından alınan neticeleri inceledik. Ateşli hastalarda (cetvel - 6), hararet derecesi üzerine tesir bakımından en müessir şeklin PAS + İNH kombinasyonu olduğu görülmektedir. Bundan sonra Streptomycin ve izoniyazidin, daha sonra da 3 antibakteriyelin birlikte kullanılması gelmektedir. Hastaların ağırlıklarını arttırma bakımından da birinci sırayı PAS + İNH kombinasyonu işgal etmekte, ondan sonra streptomycin ile izoniyazidin ve daha sonra da 3 bakteriyostatığın bir arada kullanılması gelmektedir (cetvel - 7). Bizim hastalarımızda basiller üzerine en çok streptomycin + PAS kombinasyonu müessir olmuş, ondan sonra PAS + İNH ve daha sonra da üçlü kombinasyon gelmiştir (cetvel - 8). Radyolojik tegayyürler üzerinde izo-

Sınıyoterapinin hastalığın ilerleyiş derecesine göre tesiri

Hastalığın durumu	Fenalaşma %	Haliyle %	İyileşme %	Çok iyileşme %
Minimal	0	4	60	36
Orta derecede ilerlemiş	3,5	7,9	58,6	30
Çok ilerlemiş	10,7	24,6	54	10,7

Cetvel — 4

Muhtelif yıllarda kullanılan antibakteriyellerin nisbetleri

Yıllar	Strep-tomycin %	PAS %	INH %	Str. + PAS %	Str. + INH %	PAS + INH %	Antib. %
1949	31,8	19,7	—	9	—	—	—
1950	50	5	—	14	—	—	—
1951	39	4	—	17	—	—	—
1952	11	7,4	32	10	17	—	—
1953	—	2,8	13	5,5	32	15	22,5
1954	—	—	5,4	5,4	54	11,3	18,5
1955	—	—	10	3	26	35	20
1956	—	—	15,4	2	11,7	40,7	23,4
1957	—	—	10,5	—	8,3	40	36,6
1958	—	—	8	—	8	36,2	43

Cetvel — 5

Antibakteriyellerin hararet derecesi üzerine tesiri (Ateşli hastalarda)

Ateşte görülen değişiklik	Strepto. %	PAS %	INH %	Str. + PAS %	Str. + INH %	PAS + INH %	3 Antib. %
Artma veya aynı halde	13,5	11,9	10	13,7	8	4,8	11,4
Azalma	15,4	5,8	10	21,6	5,2	6,7	8,1
Kaybolma	71,1	82,3	80	64,7	86,7	88,3	80,5

Cetvel — 6

Bakteriyostatiklerin beden ağırlığı üzerine tesiri

Ağırlıkta görülen değişiklik	Strepto. %	PAS %	INH %	Strep. + PAS %	Str. + INH %	PAS + INH %	Antib. %
Azalma	39,1	7,4	15,5	21,8	10,8	11,3	14,3
Aynı	6,5	22,2	13	10,9	9,5	9,7	10,3
1 — 4 kg.	32,6	37	53,6	41,3	55,7	50,4	41,7
3 — 9 kg.	17,4	33,4	15,8	21,6	18,6	23,2	27,4
10 + kg.	4,4	—	2,4	4,4	5,4	5,4	6,3
Umumi artış	54,4	70,4	71,5	67,3	79,7	79	75,4

Cetvel — 7

Basıl çıkaran hastalarda antibakteriyellerin tesiri

Basıl durumu	Strepto. %	PAS %	INH %	Strep. + PAS %	Str. + INH %	PAS + INH %	Antib. %
Aynı	46	50	17,4	15,4	31,2	36	33,5
Azalma	12,5	10	30,4	24,1	21,1	8,0	11,8
Kaybolma	41,5	40	52,2	60,5	47,7	56	54,7

Cetvel — 8

Antibakteriyellerin radyolojik tegayyürler üzerine tesiri

Radyolojik değişiklik	Strepto. %	PAS %	INH %	Str. + PAS %	Str. + INH %	PAS + INH %	Antib. %
Fenalaşma	7,8	—	—	12,9	—	3	5,4
Aynı	13,7	30	26,9	27,7	20,5	18	14,8
İyileşme	62,7	60	53,8	44,6	56,4	41,9	56
Çok iyileşme	15,8	10	19,3	14,8	23,1	37,1	23,8

Cetvel — 9

Kavitedeki değişiklik	Stropto. %	PAS %	INH %	Str. + PAS %	Str. + INH %	PAS + INH %	Antibi. %
Aynı	60	37.5	33.3	52	37	39	34.8
İyileşme	32	62.5	50	44.4	48	32	46.6
Kaybolma	8	—	16.7	3.6	15	29	18.4

Cetvel — 10

niyazidli bütün kombinasyonlardan alınan neticeler birbirine oldukça yakındır. Ancak lezyonların ileri derecede gerilemesi, yine PAS + INH kombinasyonunda en yüksek nisbette görülmüştür (cetvel - 9). Kavite-lerin kapanmasında da en müessir olan bu kombinasyondur (cetvel - 10). Bakteriyostatikler teker teker kullanıldığı vakit, ateş, ağrı ve basıl üzerine en çok izoniyazidin tesir ettiği, radyolojik lezyonlara tesir bakımından streptomycin'in biraz ilerde olduğu, fakat kaviteler üzerine yine izoniyazidin daha müessir olduğu görülmektedir.

Antitüberküloz ilaçları tesir bakımından bir sıraya koymak icap ederse, umumiyetle başta INH, ondan sonra Streptomycin ve nihayet PAS gelmektedir. Fakat bugün antibakteriyellerin çok kere ikisi veya üçü birlikte kullanılmaktadır. Çünkü bu suretle basillerde, bakteriyos-tatiklere karşı mukavemet daha geç meydana çıkmaktadır. Bunun ne-ticesi olarak da şimiyoterapinin hastalık üzerine tesiri daha çok olmak-tadır. Ancak üç antibakteriyelin birlikte kullanılmasının ikili kombinas-yonlara karşı bir üstünlüğü görülmemiştir. Miktar itibarı ile bugün umu-miyetle streptomycin 3 günde bir kaba ete 1 gr. yapılmakta, PAS her gün ağız yolu ile 12 gr. verilmekte, INH da kilo başına günde 10 mi-lig. kullanılmaktadır.

Şimiyoterapinin bütün tüberküloz şekillerinde oldukça yüksek tesir-li bir tedavi vasıtası olduğu, buraya kadar verilen izahattan anlaşılma-k-tadır. Bizim istatistiklerimiz, serviste mahdud bir zaman yatmış olan hastalarda alınan neticeleri göstermektedir. Halbuki şimiyoterapiye ne kadar uzun müddet devam edilirse o kadar iyi neticeler alınmaktadır. Uzun ve devamlı olarak tatbik edilen antibakteriyel tedaviden alınan neticelerin bizimkilerden üstün olduğu görülmektedir. Bundan başka, tüberküloz tedavisine girmiş yeni bazı antibakteriyel maddeler de var-dır ki biz henüz servisimizde kullanmak imkânını bulamadığımız için, bunlara tebliğimizde yer vermedik. Bugün şimiyoterapi sahasında iler-lemekte olan tüberkülozun tıbbî tedavisi, bize pek uzun olmayan bir za-man içinde kat'i neticenin alınabileceği ümidini vermektedir.

NETİCE

- 1) Tüberkülozun tıbbî tedavisinde şimiyoterapi gittikçe daha ge-niş yer tutmaktadır. Tıbbî kollaps metodları bugün tamamen terk edilmiş durumdadır.
- 2) Bugün memleketimizde kullanılan antitüberküloz ilaçlar: strep-tomycin, PAS ve INH. dir. Bunlar ikili veya üçlü kombinas-yonlar halinde kullanılmaktadır. Bazı vakalarda anti - inflama-toire maddelerden de faydalanılmaktadır.
- 3) Şimiyoterpi her türlü tüberküloz şekillerinde tatbik edilmekte-dir. Fakat taze vakalarda ve fazla yayılmamış şekillerde bu te-daviden daha iyi netice alınmaktadır. Eskimiş, yaygın, fibro - kaviter vakalarda şimiyoterapidin daha az fayda görülmekte-dir.
- 4) Şimiyoterapinin uzun ve devamlı olması da netice üzerine mü-essir olmaktadır.
- 5) Bugün umumiyetle streptomycin 3 günde 1 gr., PAS her gün 12 gr., INH ise kilo başına günde 10 miligr. olarak kullanıl-maktadır. Bu maddelerin ikili kombinasyonları tercih edilmek-tedir. Çünkü üçlü kombinasyonun diğerlerine bir üstünlüğü gö-rülmemiştir.

—oOo—

TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNİN BUGÜNKÜ DURUMU

Dr. Eşref BARKAN

Dispanserin mesaiye başladığı 949 dan 958 nihayetine kadar 10 se-nelik dispanserdeki tüberküloz tedavisi tetkikatı sonuçlarından fayda-lanarak bugünkü tüberküloz tedavisinin durumu hakkında bilgimizi ar-zediyoruz :

Dispanserde tesbit edilen veremliler :

949: 47, 950: 129, 951: 146, 952: 225, 953: 184, 954: 156, 955: 128, 956: 361, 957: 289 958: 212 ceman : 1877.

Başka dispanserde tesitten sonra muntakamıza taşınması ile gelenler: 950: 9, 952: 48, 953: 15, 954: 40, 955: 33, 956: 3, 957: 12, 958: 9. ceman 169.

DISPANSERİMİZDE tesbit edilmişlerden başka muntakaya gitmesile fiş ve filmleri o muntaka dispanserine gidenler :

951: 2, 952: 16, 953: 22, 954: 21, 955: 10, 956: 5, 957: 5, 958: 10 ki ceman 91.

Vefat edenler :

950: 16, 951: 12, 952: 11, 953: 5, 954: 8, 955: 8, 956: 9, 957: 9, 958: 4 ki ceman 82.

ŞİFA BULANLAR :

950: 8, 951: 15, 952: 21, 953: 38, 954: 50, 955: 55, 956: 64, 957: 288, 958: 87 ceman 626.

Bu suretle son 10 yıldanberi elimizde sosyal ve medikal fişleri ve filmleri bulunan 1955 vaka tetkimize konu olmuştur.

Bu konu 3 yönde toplandı; ve:

- 1 — Hepsinde müşterek olan hijyeno diyetetik ve istirahat tedavisi ve bu tedavinin bu günkü tüberküloz tedavisine rolü.
- 2 — Hepsinde müşterek olan antibakteriyel tedavi ve bu tedavinin bu günkü tüberküloz tedavisine rolü.
- 3 — Bir kısmında müşterek olan müdahale tedavisi ve bu tedavinin bu günkü tüberküloz tedavisinde rolü.
Müdahale tedavisi derken: Px (intra, extra, extra), P. P, bri-dektomi, frenik ekrazmanı ve frenisektomi, kavernostomi, plâstikler, rezeksiyonlar dahil edilmiştir.

- 1 — Hepsinde müşterek olan hijyeno diyetetik tedavi ve istirahat tedavisi ve bunun bu günkü tedavide rolü :

Bir vaka tesbit edilince bir sosyal fiş çıkar, o ailede başka veremli de olsa o fişe girer. Bu suretle 1955 vakada 1842 sosyal fişimiz vardır. 1955 - 1842 = 113 vaka aynı evde birden fazla hasta olduğunu gösterir. Bu 1842 sosyal fişte, veremli ve ailesinin yüzde ellisinden fazlası-

nı nbir odada veya bir gece konduda oturduğu, şahıs başına, şahsın her türlü masrafları karşılığı olarak ayda 25 - 30 - 50 lira düştüğü, son yıllarda nadiren 100 liraya eriştiği görüldü.

82 eksütüsün 71 (% 87.3) in yetişkin olup bunun 56 (% 78.8) inin hastalığının ilk tesbitinde diğer aile fertlerinin gıdalarını da kendine tahsis ve istirahat ettiği halde, kendini iyi hissedince bedenlen çalışmaya başladığı, buna paralel olarak medikal fişlerinde lezyonların azalıp tekrar açılmalar gösterdiği, filmlerinde bunu teyit ettiği görüldü. 626 şifanın 473 (% 76.3) ünün çocuk olduğu çalışma mecburiyetinin olmamasının anne baba tarafından himaye edilmesinin, bunun 215 (% 77.9) okul öğrencisi olması ve bundan ötürü 121 (% 57) sinin öğrenciliğinden faydalanarak derhal prevantoryoma yatırılabilme imkânından ileri geldiği görüldü. Helende tedavimiz altında bulunan 1247 vakanın 579 (% 48.5) çocuk olması ve bunun 212 (% 36.8) inin okul çağında olduğu ve hiç olmasa bir veya iki defa prevantoryom veya sanatoryoma yatmış olduklarından gerek medikal fişlerinin ve gerekse filmlerinin çok iyi olması, en yakın zamanda şifaya çıkmağa namzet olmaları ile hijyeno - diyetetik ve istirahat tedavisinden çok istifade ettiklerini ortaya koymaktadır. Eksütüsün mutebaki 29 (% 12.7) inin çocuk olduğu, bunun 4 (% 14) ünün okul çocuğu, diğerlerinin ise okul çağında olmadığı, bunların hastalıklarının fazla ilerlemiş olarak ilk müracaatta bulundukları, yatırmak imkânı olamadığı ve evinde kafi derecede hijyeno diyetetik tedaviye, muktedir olmadıklarından ileri geldiği görüldü.

626 şifanın 146 (% 23.7) sinin yetişkin olduğu, bunların sosyal hemşire öğütlerine, hijyeno - diyetetik ve istirahat tedavilerine çok yakın alâka gösterdikleri anlaşıldı, mali durumlarının müsait olduğu görüldü. Mutebaki 668 (1247 - 579) yetişkin vakanın % 51.5) yarısından fazlasının hastalıklarına rağmen az veya çok bedenlen çalışmak zorunda kaldıkları diğerlerinin ise gerek gıdalarına ve istirahatlarına daha fazla itina edebildikleri, bunların medikal fişlerinin ve filmlerinin çok müsait olup gelecekte şifa bulmuş vakaları arasına girebilecekleri anlaşılmaktadır.

NETİCE : Antibakteriyel tedaviden evvel genel tedavide, hijyeno - diyetetik ve istirahat tedavisi antibakteriyel tedavi esnasında da kıymetini muhafaza etmektedir. Fakat önemi ikinci dereceye düşmüş, genel tedavinin esası bir yardımcı haline gelmiştir. Gerek antibakteriyel ve gerekse her hangi bir müdahale tedavisine hijyeno - diyetetik ve istirahat tedavisi eklenmesse devamlı bir şifa sağlamanın mümkün olmadığı, tüberkülozu kendi kendine iyi olmak mayline malik ve seyrinde başka başka lezyonlar gösterebilen ve bünyenin müsaadesilen kötü bir

durum myaratoması mümkün olmasından ötürü bilhassa kısa bir zamanda gıfa elde edilmesi isteniliyorsa hijyenodiyetetik ve istirahat tedavisini ihmal ve terketmemek lazımdır. Bu sebeple evinde hijyeno diyetetik ve istirahat tedavisine imkân olamayan hastaların bilhassa ilk teşhisleri esnasında böyle müesseselere her vakadan evvel yatma imkânını sağlamak lazımdır, tercih edilmelidir.

2 — Hepsinde müşterek olan antibakteriyel tedavi ve bu tedavinin bu günkü tüberküloz tedavisinde rolü :

Tüberkülin solusyonları, antijen, protein, tifo aşısı, altın tedavileri gibi tedaviler, röntgen ve Fridman aşısı gibi tedavilerde hiç bir hastamıza tatbik edilmediği ve bunların hepside tarihe karıştığıdır.

Yalnız güneş ve ultraviyolenin kemik ve yalnız peritoni tüberküloz da yeri olmakta devam ettiği bir gerçektir.

(BAĞIRSAK TÜBERKÜLOZU VE MODERN TEDAVİSİ) isimli kitabımız geniş bilgi verdiğimiz Streptomycin, 1944 de; P.A.S. 1946 da ve i.n.h. da 1951 de tedavi sahasına girdiğinden 949 açılışımızdan bu yana, yalnız i.n.h. tedavisini 952 de başlandığından ilk ikisi on senedenberi, üçüncüsünü 7 senedenberi 958 de de 2 vakamıza sikloserin verildiği görüldü.

1955 vakamın hepsinin (% 100) streptomycin aldığı, verilmeden evvel hiç birisinin rezistansı aranmadığı (% 100), asgari 25 azami 250 gr. alındığı 975 vakamın (% 49.8) 75 gr. üstünde aldığı buna rağmen bunların ancak 11 (% 1.1) inde rezistans arandığını, arattırabilmek müşkülâtından a zolduğu, hiç bir vakada her hangi bir ihtilât görülmeyişi, görüldü.

Ancak 1075 % 52.4) in P.A.S. aldığı ve bunu yalnız yetişkinler aldığı Mutebaki vakamın çocuk olanların hiç birisi almadığı, yetişkinlerden ise bilhassa mide bozuklukları sebeble alamadıkları, bu yüzden, alınan miktarların 100 - 3000 gr. arasında değiştiği, hiç birisinden almadan evvelce alış esnasında da aldıktan sonrada rezistans alınmadığı anlaşıldı.

Ancak 952 de i.n.h. almağa başlayan vakalarımızda hepsinin (% 100) aldığı, hafif baş dönmesinden başka hiç bir ihtilât olmadığı, almadan evvel, alırken ve kesildikten sonrada rezistans bakılmadığı, asgari 30 azami 300 gr. arasında almışlar bulunduğu görüldü. Hastalarımızdan 669 (% 39) streptomycin'in muntazaman aldığı, diğerlerinin, gayri muntazan aldığı, P.A.S. içinse bu nisbetin daha çok düşük olduğu, i.n.h. için ise daha iyi derece gösterdiği görüldü.

NETİCE :

Bu antibakteriyel tedavi yapanlarda, bilhassa tazi enfiltratif vakalarda lezyonun çok çabuk kapandığı, tahminden daha evvel salah görüldüğü, müdahale tabi olanlarda bunlarının iştirâkından daha çabuk ve yüz güldürücü neticeler alındığı, şifa ve sekelli şifa vakalarımızda bunu sağlayamın, bünye ve hijyeno - diyetetik tedavi yanında en müessir bir tedavi olduğunu ve fakat veremin kesin bir ilâğı olmadığını, rezistans teşekkülünde tesirin olmayacağını, ancak evvelce iddia edildiği gibi, bilâkis rezistans teşekkülünden sonra verilecek antibiyotiklerin hastalığı agrave ettiğinde tereddütümüzün arttığını, artık rezistansın da eskisi gibi korkmadığımızı, kombine verildikte birbirlerinin rezistans halini azalttığını hatta yeniden müessir hale birbirlerini getirdiklerini, yalnız sikloserinin diğerlerinin rezistansını kırmadığını kendisine karşıda diğerlerinde olduğu gibi bidayetten bir rezistans olabileceği gibi, 40 gr. verildikten sonra bir rezistansın vuku bulacağını, nöro psişik tezahüratının bu gün için çok üzücü bir durum yarattığını, luminalin bunları azaltmasına rağmen şimdilik kliniklerde tatbiki uygun olacağı, iki ağır vakamızdaki yüksek dozda diğer ilâçları almışlarda, hiç bir değişiklik yapmadığını, her halde şimdilik taze vakalar için tatbikinden fayda mamul olduğunu, daha bir çok vakaların müşahedelerine ihtiyacımız bulunduğunu düşünmekteyiz.

Bu itibarla dispanserler tarafından tesbit edilmiş vakalarda evinde yapmağa muktedir hijyeno - diyetetik ve istirahat kurları yanında antibakteriyel tedaviye tabi tutulmaları ve kontrole tekrar dispansere gelmeleri, bu gün hastaları acilen tedavi müesseselerine yatırmak mecburiyet ve kulfetinden kurtarmıştır. Bu itibarla antibakteriyel tedavi devrinden evvelki sanatoryal kurlara bu gün ancak evinde istirahat ve hijyeno diyetetik tedaviye imkânları olmayanlar için bir kıymet ifade edebilir. Bu sebeple dispanser - ev tedavisi yeni ve taze vakalar için en mükemmel bir tedavi yolu olduğunu açıklamak, aldığımız neticeler yönünden bize hak vermektedir. Mıntaka hastası ne kadarda uzun bir süre kliniklerde yatsa, yine sonunda dispansere müracaat etmektedir. O halde dispanser ile müessese arasında, bilhassa sosyal ve hijyeno - diyetetik bakımdan daha yakın bir işbirliği yapmak gerekir.

Ölüm nisbetleri 950 de 18 (% 11.3), 951 de 12 (% 8.3), 952 de 11 (% 4.2), 953 de 5 (% 2.8), 954 de 8 (% 4.5), 955 de 8 (% 5.2), 956 da 9 (% 2.5), 957 de 9 (% 3.08), 958 de 4 (% 1.8) gittikçe azalma göstermekle beraber, bunda da ant bakteriyel tedavinin rolu aşikâr görünüyorsa da, yalnız Streptomycin ve P.A.S. verildiği 950, 951 senelerinde bu nisbetin çok olduğu, i.n.h. başlandığı 952 senesinden sonra çok

azaldığı görülmektedir. Bu itibarla İ.n.H. ın ölüm nisbetinin azalmasında diğerlerinden daha fazla rol oynadığını kabul ediyor, bilhassa İ.n.h. ın basil olsada onu virulan halden avirulan hale getirmesinde daha çok rolü olduğu, bu bakımdan yüksek dozlarada varılsa, hiç bir şey yapamadığımız vakalarda, basilin avirulan hale getirmek için İ.n.h. kullanmışız, ve hatta koruyucu olarakta sağlamlara aynı sebeble İ.n.h. verildiğini Romadaki Forlanini enstitüsündeki çalışmalarında şahidi olmakla en iyi antibakteriyel olduğunu tekrarlamak isteriz.

587 (% 29.35) hastanın tedavi müessesesine yattığı, oralarda bir defada 1-5 ay kaldığı, mutebaki 1413 (% 70.6) vakanın yatamadığı, yatanların 182 (% 31.08) ın il kteshisi muteakip hemen yattığı, mutebaki yatan 605 (% 68.9) u ise hastalığının seyri esnasında ve bir kaç defa yattığı, derhal yatabilenlerin okul çocuğu olduğu, diğer yatamayanlarda okula gitmeyen küçük yaştaki çocuklar ise dispanser tedavisini tabi olmuşlardır ki aile ihtimamı sayesinde her iki guruptan alınan neticelerde bir değişiklik olmamıştır.

3 — Hepsinde müşterek olmayan müdahale tedavisi ve bu tedavinin bu günkü tüberküloz tedavisindeki rolü :

1955 vakamızın: 2 (% 0.1) kavrnostomi olduğu ve öldüğü (% 100) 75 (% 3.9) Px tatbik edildiği, bunun 42 (% 54.3) sağda mutebakisinin solda olduğu, 37 (% 49) sinin tam kollaps (efikas) olduğunun, bunun 7 (% 19) unun bridektomi ile efikas hale geldiği, efikas olmayan 18 vakanın 3 (% 16) sinin bridektomi yapıldığı ve fakat tam bir kollaps sağlanamadığı, 37 efikas Px lünün 17 (% 46) likit olup kusa zamanda zail olduğu ancak birisinde elan devam ettiği, dekortikasyon için yattığı, diğerlerinde şifa sağladığı, 18 inefikasının 14 (% 72) likit olduğu 5 (% 35) ampiyem olduğu ikisinin tahliye edildiği ve bununla kurtarıldığı geniş iltisaklar ve kalp deviyasyonları bıraktığı görüldü. Bir tanesine p.p. de iştirâk ettirilerek akciğerin alttan iltisak ettirilmesi de düşünülüp tatbik edildiyse de halâ bir netice alınmadı.

1955 vakada 53 (% 2.8) P.P. tatbik edildi, kunlar iki taraflı kavite lezyonlardı. Hâlen 10 tanesine devam edilmektedir. Diğerlerinden 28 (% 70) inefikas olmasından terkedildi. Geri kalan 15 vakada antibiyotiklerin de yardımı ile yeni ve tek taraflı hafif vakalarda şifa olmuştur. Birinde diyabet vardır. 2 tanesinde erni, 3 ünde bilahara karında likit oldu P.P. azaltmakla geçti ve sonra yine verildi. 2 frenik ekrazmanın vakamızda lezyon değişikliği olmamış, frenisektomili vaka görülmemiştir. 7 vakaya plastik (% 0.5) olmuş ikisinde rest kavite kalmıştır. 3 (% 0.1) rezeksiyon olmuş iyi netice alınmıştır.

NETİCE :

Px bu günde kıymetini muhafaza etmekte, ve fakat eski endikasyon sahası çok daralmıştır. Buna da sebep antibiyotiklerdir. Px vakasında çok düşünmeli mutlaka efikas olacağına kanaat getirmeli, küçük veya büyükte olsa bridektomi mutlaka olup efikas hale, tam kollaps hale getirmeli, mümkün değilse, daima brit altında kavite rest kalacağından ihtilât yapacağından terkedilmelidir.

P.P. 3 üncü Türk tüberküloz kongresindeki tebliğimizde de belirttiğimiz gibi efikas olmaktan uzak olup tarihini ikmal etmiştir. Her tedaviye rağmen durdurulamayan kanamalarda muvakkaten tatbik edildiği gibi meliyata hazırlık içinde bir müddet için tatbik edenler bu gün halâ bulunmaktadır. Frenige müdahalede P.P. Plâstik rest kavite fazla bırakması sebebiyle efikas olmaktan çıkmıştır. Rezeksiyon ve bilhassa segmentektomi, 6 aylık antibiyotik tedavisinden netice alınamayan vakalar için, yapılmasında başka mahzur yoksa en ideal bir tedavi olduğunu bilhassa cerrahlarımız kabul etmektedirler. Buna iştirâk etmekle beraber bir az daha muhafazakâr kalmaktan, eldeki antibiyotik rezervini kaçırmamak şartile geri kalmamağında düşünmekteyiz.

—oOo—

DERİALTI PAS INFUSIONLARI HAKKINDA

Dr. A. Haydar SAATCI *

Tahammülsüzlük yüzünden ağızdan PAS verilemediği veya yüksek dozda tatbik edilmek istendiği hallerde derialtıdan PAS infusionlarını kullandık. PAS infusionlarının subkutan verilmesiyle intravenöz verilmesi kanda PAS seviyesi bakımından fark yapmamaktadır. Müteaddit hastalara damardan PAS infusion takıp takip etmek güç olmakta, venaların yerlerini değiştirmek gerekmektedir. Hasta kanül damardan çıkmasını diye kolunu kıpırdatmadan 3 - 4 saat sıkıntılı bir vaziyette beklemektedir. Halbuki subkutan infusionda hasta rahatça kolunu ve bacağı oynatabilmekte ve personel bakımından da kolayca tatbik edilebilmektedir. Diğer antibiotiklerle lüzumlu kan seviyesini temin ettiği-

* Atatürk Sanatoryumu

mizi düşünerek infüzyonları gün aşırı veya iki gün aşırı tatbik ediyoruz. İnfüzyonlar 20 adetlik seriler halinde yapılmaktadır. Önce femurun ön yüzüne bir derialtı iğnesi sokup iğnenin ucuna novokain ve yarım amp. Kinaden (Hyaluronidase Schering) infiltre ediyoruz sonra PAS mahallünü aynı kanüle takıyoruz. Yarı doz Hyaluronidase permeabiliteyi artırarak rezorbsiyonu hızlandırmaya kifayet etmektedir. PAS mahallü olarak ekseriya Stapas, Debat kullandık. Bazen de 24 gr. lık kuru PASNa ampullerinden hafif hipertonic % 3,5 luk bir solusyonu Eau bidistillée ile sanatoryomumuzda taze olarak hazırlayıp tatbik ettik. İnfüzyona ikinci bir antibiotik eklemedik. Hastanın kullanacağı İNHı ağızdan SM i ise adeleden tatbik ettik. Tatbik sırasında hastalarımızı PAS komplikasyonları bakımından muntazaman takip ettik. Yirmi bir vak'ada cem'an 442 derialtı PAS infüzyonu kullandık. İnfüzyonların terkinin mucip olmasak bir PAS toksisitesi veya komplikasyonu müşahade etmedik. Kullandığımız bu metod, Berger ve Kirschner usulünün biraz değiştirilmiş şeklidir. PAS infüzyonları gerek intravenöz ve gerekse subkutan olsun pahalı olmaktadır. Bunun haricinde biz tatbik kolaylığı bakımından derialtı PAS İnfüzyonlarını gerektiği hallerde iyi bir metod olarak görüyoruz.

—oOo—

PULMONER VE PLEVRAL TÜBERKÜLOZLARDA KORTİKOSTERİODLERDEN ALDIĞIMIZ NETİCELER

Dr. Rauf ÖZYÖYÜK

Dr. A. Haydar SAATCI

Spesifik ve nenspesifik tahrişler ve ezcümle organik ve psişik travmalar uzviyette Stress reaksiyonu tevlit ederler. Bu stress'in medulla spinalis - Hipotalamus üzerinden Hipofize tesir ederek Adrenokortikotrop hormon (ACTH) ın ifrazına sebep olduğu kabul edilmektedir. (Neural regulasyon). ACTH da sürrenal korteksini tenbih ederek : 1 — Cortison (Glikokortikoid) 2 — DOCA (Mineral kortikoid) — Andojen hormonların ifrazına sebep olur. Hipofiz ön fus hormonların ile sürrenal korteksi hormonları arasında karşılıklı münasebetler vardır. Kanda kortizon seviyesi yükseldiği zaman (ister endojen ve isterse eksojen tesir-

Atatürk Sanatoryumu

le) ACTH ifrazı nehyolunur. Kortizon seviyesi düştüğü zaman ise ACTH ifrazı tenbih olunur.

Sağlam sürrenal korteksinin en mühim mahsülü olan kortizon ilk defa Kendal tarafından Compeund E olarak ve Reichstein tarafından Substang Fa olarak aynı zamanda, 1936 yılında hayvan sürrenal korteksinden izole edildi. On yıl sonra da Sarret tarafından safra asidinden sentezi yapıldı. Kortizon sürrenal korteksinin zona fasciculata hücrelerinden ifraz edilmektedir. Uzun müddet kortizon verildiği zaman sürrenal korteksinde rezverzibl atrofi husule gelir. ACTH ın aksine olarak idrarda 17 ketosteroidlerin itrahi azalır. Kortizonun Hipofiz ön fussyundaki neşvünüma hormonunu frenlemesinden dolayı osteo ve kondroge- nezde bir azalma husule gelir. Kortizonun birdenbire kesilmesi adeta had bir fonksiyonel sürrenal korteksi yetmezliği meydana çıkarır. Bundan başka mezangimal hastalıklarda kriz şeklinde nüksler olabilir. Onun için ilacı tedricen kesmeli ve gerek tedavi esnasında ve gerekse kortizonu bırakırken ACTH tatbik edilmelidir.

1954 de Herzog ve mesai arkadaşlarının Prednison'u keşfetmesinden sonra kortizonun tatbikatı genişlemiş ve kolaylaşmıştır. Predniso ve Prednisolon sentetik müstahzarlardır. Böbrek üstü korteksinden ifraz olunan hormonlardan yalnızca kortizonun tesirini haizdir. Su ve tuz metabelizması üzerine hemen hemen tesirleri yoktur. Ancak bu tesir yüksek dozlarda ve uzun müddet verildiği takdirde meydana çıkar. Mezangimal doku ve karbonhidrat metabelizması üzerindeki tesiri ise kortizonun ayıdır.

Kortizonun iltihabı hastalıklar üzerine tesirini daha iyi anlayabilmek için bunu Erich'in iltihap teorisinde gözden geçirmek faydalıdır :

İltihabın birinci safhasında (Störphase) bazı mikropları nfermentleri bağ dokusunun en mühim maddesi olan mikopolisakkaridleri depolimerize eder. Bu fermentler hiyalurenidaz'dan başka bir şey değildir. Depolimerizasyon neticesi olarak bağ dokusu yumuşar. Bu suretle mikrop- lar ve toksinleri daha kolaylıkla etrafa yayılmak imkânını bulurlar. İşte kortizon hiyaluronidazın bu faaliyetini nehyeder, mikrop ve toksin için tabii manıayı tesis eder. Patolojik proteolizi frenler ve bu suretle damarların permeabilitesini azaltır.

İltihabın ikinci safhasında, (Überwindungsphase) iltihap mahsulle- rinin yıkımı olur. Ön plânda hiperemi, staz, damar felci ve eksudasyon mevcuttur. Kortizonun damar permeabilitesini azaltması sebebiyle bu safhada arzu edilen tesiri elde edilmiş olur. Staz safhasında felce uğra- mış damarlara kontraksiyon kaabiliyeti kazandırır. Bu fazla arzu edil-

meyen olay ise, lökosit migrasyonunu tahdit etmesidir. Bu suretle granulesitlerin fagositoz faaliyetleri çok azalır. Makrofajlar (Histiositler) fagosite etmeye devam ederler. Fakat onlar da artık bakteri hazmedemezler. Neticede makrofajların içinde ve dışında amillerden bir yığın husule gelir. Bundan dolayı mikropların ve toksinlerinin zararlı yayılması reaksiyonsuz olur.

İltihabın üçüncü safhasında (Anpassungsphase) plasma hücrelerinde antiker teşekkülü dolayısıyla mukavemet artar. Bu safhada kortizon fagositozu azalttığı ve bu şekilde mikropların harap olmasını önlemeye çalıştığı için antijen ve dolayısı ile antiker teşekkülüne mani olur. Antijen ve antikor birleşmesine karşı dokunun reaksiyonunu azaltır.

İltihabın dördüncü safhasında (Heilungsphase) granülasyon dokusu teşekkül eder. Bu safhada kortizonun tesiri Selye'ye göre granülasyon dokusu üzerinde araştırılmalıdır. Kortizon fibröz doku teşekkülünü tahdit eder. Şifa seyrini ve nedbe teşekkülünü arzu edilmeyecek şekilde geciktirebilir ve keloide mani olur. Karın ve göğüs cidarına yapışıklıkları önler. Hülâsa olarak kortizonun iltihap üzerine hem faydalı ve hem de zararlı tesirleri vardır.

a — Faydalı tesirleri : İltihabın birinci safhasında barier yaratır. Damarların tonisitesini yeniden düzeltir ve analeptiklerin cevap verebileceği bir duruma sokar. Organizmanın aşırı reaksiyonunu önler.

b — Zararlı tesirleri : Amil ve toksin üzerine müessir değildir. Selüller mukavemet hadiselerini azaltır. Antikor teşekkülüne kısmen mani suretile uzviyetin mikroplara karşı mukavemetini kırar.

Bütün intani hastalıklarda olduğu gibi tüberkülozda da kortizon hakkındaki münakaşa henüz şiddetle devam etmektedir. Çok evvelden yapılan tecrübelerden anlaşılmıştır ki kortizon ateş, umumi hal, iştihâ ve durum üzerine müsait tesir etmektedir. Buna mukabil basil üzerine tesiremediği bazen jeneralize yayımlar ve agravasyonlar yaparak fena neticeler tevhit edebildiği bilinmekte idi. Bu yalnız eksojen olarak vermekle değil endojen olarak meydana çıkan kortizonla da olabilir: (Cushing sendromunda tüberkülozun aktivasyonu gibi). Kortizonun tüberkülozu reaktifte ettiğini gösteren klinik müşahedeler mevcuttur. Hayvan tecrübeleri ile de bu husus teyit edilmiştir. Schaefer ve Greul'un müşahedelerinden anlaşılmıştır ki kortizonla evvelce tedavi edilerek sürrenal korteksi fonksiyonunda gerileme husule getirilmiş bir hayvanda tecrübi olarak meydana çıkartılan Tbk. iyi seyretmektedir. Schaefer Addison hastalığında çok defa Tbk. un hafif seyrettiğine de işaret etmiştir. Buna mukabil diğer hayvan tecrübelerinden anlaşılmıştır ki Tbk. basilleri

ile enfekte edilen hayvanlara kortizonla birlikte antibiotikler yapılsa, kortizonun hastalığın seyri üzerine zararından çok faydası olmaktadır.

1952-53 yıllarında Turiaf'ın çalışmaları göstermiştir ki, kortizonun iltihabı ve allerjii azaltan tesirinden istifade etmek lâzımdır. Bu Tbk. da kemoterapi ile birlikte olursa kıymet kazanır. Klinisyenlerin bugünkü fikrine göre bazı Tbk. formlarında kortizon kullanılmamalıdır. Endikasyonlara kesin bir hudut tayini bugün için imkânsızdır. Yalnız Tbk. un şu şekillerine tatbiki muvafıktır: 1 — Hipererjik reaksiyonlu, yüksek ateşli akut akciğer Tbk. da 2 — Tbk. un uzun süreli ağır, ateşli ve tedaviye refrakter şekillerinde. Kortizon, proliferasyon üzerine tesir ettiğinden Tüberkülostatiklerin mikroplara kadar nüfuz etmesine yardım eder. 3 — Tüberkülostatiklere karşı fazla hassas olan vak'alara: burada antiallerjik tesir bahis konusudur. 4 — İnisyel seröfibrinöz plörezide. 5 — Menejit Tbk. da: Eksudasyon ve likörde hücre ve albumin azalır. Eksyda lüzuciyetini kaydettiğinden meninx adezyonları, sağırılık ve hidrosefolus az görülür.

Menenjit Tbk. un şu şekillerinde kortizon muhakkak kullanılmalıdır.

a — Eğer menenjit Tbk. komatöz formda ise yani önceden ağır bir seyir gösteriyorsa veya başlangıçtaki iyiliği müteakip ağırlık kespemiş ise.

b — Likördeki albumin miktarı %, 5 in üzerinde devam ediyor ve likörün pasajına mani oluyorsa. Burada iki günde bir 10 mg. hidrokortizon veya 5 mg. Prednison solusyon olarak intralumbal verilmelidir.

c — Beyin sinirlerinin ve bilhassa göz adelelerinin iştirâkinde. Burada bazal arachnoiditis mevcuttur. Onun için kortizon tedavisi lâzımdır.

d — Eğer komoterapi çabuk bir iyilik husule getirmemişse bu vak'alarda uzun müddet beklememelidir. Tedaviye ne kadar erken başlanmışsa muaffakiyet o kadar fazla olur.

Tüberkülozun kortizonla tedavisi sırasında dikkat edilecek hususlar :

- 1 — Daima tüberkülostatiklerle beraber yapılması.
- 2 — Antibiotiklere rezistans bulunmaması.
- 3 — Kortizon tedavisinin umumiyetle kısa süreli olması.
- 4 — Çok yüksek dozda kullanılmaması, mamafih iltihabı kat'iyetle frenliyecek kadar da yüksek doz olması.

5 — Klinikte müşahade altında bulunması ve devamlı röntgenolojik kontrol yapılması.

6 — Antibiotiklere kortizon kesildikten sonra da devam edilmesi.

Biz sanatoryumumuzda 52 vak'a kortizon tatbik ettik. Bunlarda 23 ü taze 13 ü kronik akciğer Tbk., 5 i seröfibrinöz plörezi, 3 ü plörezi ve Hilit, 3 ü miliar Tbk. menenjit ve akciğer Tbk. u, 3 ü likitli Pnx. ve biri ampiyen idi. Hastalarımız iki grupta takip edilmiştir. Yarisına hergün bir gr. SM, Kg. başına 10 mgr. İNH ve şahıs başına 20 mgr. Prednisolon sınıfından Codelcorton verilmiş ve bol proteinli tussuz bir rejime günde 4 gr. tuz ilâve edilmiştir. İkinci grup hastalarımıza ise üç günde bir gr. SM ve günde 300 mgr. İNH ve 20 mgr. Prednisolon grubundan Dakortin tatbik edilmiştir (Miliar Tbk., menenjit Tbk. ve plörezili hastalarımız birinci grubun ilâçlarıyla tedavi edilmişlerdir.) İkinci tip tedavi gören hastalarımıza normal tuzlu hastane yemeği verilmiş ve tuz tahdidi yapılmamıştır. Her iki gruptaki hastalarımıza Prednisolon tedricen azaltılarak enfazla üç ay devam edilmiş, 15 günde bir de iki gün arka arkaya 25 er İ.U.ACTH tatbik edilmiştir. Prednisolona vasa-ti devam müddeti iki aydır. Prednisolondan alınan neticelerin kıymetlendirilebilmesi ve mukayesesi bakımından yalnızca antibiotiklerle tedavi edilmiş 23 taze ve 13 kronik vak'adan ibaret bir kontrol grubu ile vak'alarımız karşılaştırılmıştır. Taze vak'alar: hastalığının başlangıcı 6 ayı geçmiyen ve sanatoryumumuza yatıncaya kadar mühim bir tedavi görmemiş bulunan radyolojik olarak eksüdatif lezyonları galip taze kavernli vak'alar alınmıştır. Çok istifade etmiş olarak kabul edilenler; kortizonun kesilmesi sırasında radyolojik infiltrasyonlarda % 75 den fazla silinme, kavernlerde kapanma veya çok küçülme bakteriyolojik olarak basilin teksifle menfileşmesi, sedimentasyonda % 75 den fazla düzelme göstere n vak'alardır. Orta derecede istifade etmiş olarak: radyolojik görünüşte % 50 silinme, kavernlerde % 50 küçülme ve sedimentasyonda % 50 düzelme gösteren, ateşi düşen ve umumi hali iyileşen vak'alar kabul edilmiştir. Az istifade etmiş olarak: radyolojik infiltrasyonlarda, kavernlerde ve sed. de % 25 den fazla düzelme gösteren vak'alar kabul edilmiştir. Plörezilerde, yapışıklık bırakmadan tamamiyle iyileşenler çok istifade etmiş, plörit sekeli bırakanlar orta derecede istifade etmiş ve yedinci kaburga ön ucuna kadar Plevra kalınlaşması gösteren ve cüz'i miktarda mayi bulunan vak'alar az istifade etmiş olarak kabul edilmiştir. Aldığımız neticeler cetvellerde görülmektedir. Yalnızca antibiotik alanlara nazaran büyük fark taze vak'alarda (23 vak'a) olmuştur.

Yalnız antibiotikle	Çok istifade	%	13,1
	orta istifade	%	26,2
	Az istifade	%	43,4

Halbuki Antibiotik + Prednisolon la tedavi edilenlerde ise

(12 Vak'a)	Çok istifade	%	52
(7 Vak'a)	orta istifade	%	30
(4 Vak'a)	Az istifade	%	17,5

bulunmuştur. Kronik vak'alarımızda ise mukayese 13 vak'amızda şöyledir :

Yalnız Antibiotikle		Antiotik + Prednisolon
% 30,7	Çok istifade	% 23
% 23	orta istifade	% 15
% 38	Az istifade	% 37

Miliar. Tbk. ve Plörezilerde mukayese için yalnız antibiotikle tedavi edilen vak'amız olmadı. Vak'alarımızı prednisolon tedavisinin kesiminden itibaren sanatoryumumuzda üç ay takip ettik fakat taburcu olduk-tan sonra ancak üçte birini kontrol edebildik. Bu vak'alarda antibiotik tedavi uzun süreli olarak devam etmektedir. Takip edebildiğimiz vak'alarda reaktivasyon görmedik.

ANTIBIOTİK ve PREDNİSOLON ALANLAR

TAZE	Vaka sayısı	Çok istifade	Orta istifade	Az istifade	Değişiklik olmıyan	Hormonal değişiklikler
Minimal	1		1			
Orta	16	9	5	2		1
İlerlemiş	6	3	1	2		2
Toplam	23	12 % 52,1	7 % 30,4	4 % 17,5		

KRONİK	Vaka sayısı	Çok istifade	Orta istifade	Az istifade	Değişiklik olmayan	Hormonal değişiklikler
Minimal						
Orta	9	3		4	2	2
İlerlemiş	4		2		2	1
Toplam	13	3 % 23,1	2 % 15,3	4 % 30,7	4 % 30,7	3

SADECE ANTİBİYOTİK ALANLAR

T A Z E	Vaka sayısı	Çok istifade	Orta istifade	Az istifade	Değişiklik olmayan	Hormonal değişiklikler
Minimal	1			1		
Orta	16	3	5	7		
İlerlemiş	6		1	2	3	
Toplam	23	3 % 13,1	6 % 26,2	10 % 43,4	3 % 13,1	

KRONİK	Vaka sayısı	Çok istifade	Orta istifade	Az istifade	Değişiklik olmayan	Hormonal değişiklikler
Minimal						
Orta	9		1	4		
İlerlemiş	4	4	2	1	1	
Toplam :	13	4 % 30,7	3 % 23	5 % 28	1 % 7	

PREDNİSOLON ve ANTİBİYOTİK ALANLAR

T A Z E	Vaka sayısı	Çok istifade	Orta istifade	Az istifade	Değişiklik olmayan	Hormonal değişiklikler
Plöresie	5	4	1			1
Plöresie ve Hilit	3	1	2			1
Miliar Tbk.	3	3				2
Akciğer Tbk. ve Menenjit Tbk.	1			1		
Likitli Pnx	3		1		2	
Ampiyem	1		1			
Toplam :	16	8 % 50	5 % 31,2	1 % 6,3	2 % 12,5	4

Tedavi sırasında bir hastada melena görüldü, hemen ilacı kestik. Kanama durdu ve bir daha da tekrür etmedi. Plörezili bir hastada tedavinin yedinci gününde skepide spontan Pnx. tespit ettik, hastanın hiçbir şikâyeti yoktu. Kortizona ve hava tahliyesine devam ettik, üç haftada akciğer tamamen reekspanse oldu ve bir arıza da bırakmadı. On hastamızda aydede yüzü oldu; buna rağmen tedaviye devam edildi. Kortizon tatbiki bittikten sonra hemen hepsinin yüzü normale döndü. Bir hastamızda kortizonu kestüğümüzün ertesi günü titreyerek ateş yükselmesi oldu. Lökesit 15.000 e geçti, sabah 37 ve akşamları 39 olmak üzere on gün devam etti, röntgenolojik aktivasyon yoktu, ateşi izah edecek ayrı bir lâboratuvar bulgusu tespit edilemedi. Hastahın müte-takip seyrinde yeni ateş yükselmesi olmadı.

Prednisolon tatbik edilen 52 vak'adan şu neticeler çıkardık :

1 — Umumiyetle endişeyi mucip ve kortizona bağlı mühim bir komplikasyon görmedik.

2 — Bilhassa miliar Tbk., inisyal serföfibrinöz plörezide çok mem-nuniyet verici netice elde ettik. Menenjit Tbk. vak'amız koma halinde idi, hastamızın kortizonu hâlen kesilmiş olmakla beraber antibiyotik te-davisine devam edilmektedir.

3 — Her ne kadar taze tüberküloz vak'alarının orta derecede iler-

lemişlerinde yalnız antibiotiğe nazaran daha kısa zamanda gerileme elde edilebiliyorsa da ilâcın komplikasyonları ve pahalılığı bakımından kanaatimizce kat'i bir endikasyon teşkil etmez.

4 — Vak'a ister orta derecede ilerlemiş ve isterse ileri derecede olsun eğer ahvali umumiyesi bozuk, zayıf, ateşli ve astmatik ise muayyen bir müddet için kullanılabilir.

5 — Vak'alarımızdan ahvali umumiyesi boğuk ve ateşli olanların kısa zamanda ateşlerinin düştüğünü, açıldığını ve kendilerini iyi hissettiklerini müşahade ettik.

6 — Üç günde bir 1 g. SM e günde 300 mg. İNH alıp Dakortin ile tedavi edilen vak'alarımızla hergün 1 g. SM ve günde 10/mg/kg. İNH alan grup arasında, komplikasyon, aktivasyon ve lezyonların gerilemesi bakımından bir fark bulmadık.

7 — Prednisolon tedavisini daima antibiotik desteği ile takip ettik ve prednisolon kesildikten sonra asgari bir yıl antibiotiğe devam tavsiyesinde bulunduk :

HÜLASA :

Sanatoryumumuzda 52 vak'aya prednisolon tatbik ettik. Mukayese için yalnızca antibiotikle tedavi edilen 36 vak'ayı bunlarla karşılaştırdık. Prednisolon alan hastaları iki ayrı gruba ayırdık. Gruplardan birine üç günde bir 1 g. SM ve hergün 300 mg. İNH ile normal tuzlu sanatoryum yemeği verilmiş diğer gruba ise hergün 1 g. SM ve 10 mg/kg. İNH ve bol proteinli rejim içinde günde 4 g. tuz verilmiştir. Her iki şekil arasında gerek aktivasyon gerek iyileştirme ve gerekse komplikasyon bakımından bir fark görülmemiştir. Bir vak'ada melena birinde spontan Pnx. ve bir vak'ada da ateş yükselmesi olmak üzere üç hasta da komplikasyon görülmüş ve selim seyretmişlerdir. Miliar Tbk., plörezi (başlangıç safhasında), menenjit Tbt. ve akciğer Tbk. un akut seyreden eksudatif şekillerinde memnuniyet verici neticeler alınmıştır. Prednisolon'un Akciğer Tbk. üzerindeki tsiri bakımından daha geniş miyasta vak'a adedini daha uzun süre ile takip edebilmek gerekmektedir.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — Oberdisse, von K.: D. Med. Wschr. 1958, 35, 1457 ve 36, 1538
- 2 — Meeschlin, S.: Schw. Med. Wschr. 86, 1956, 81
- 3 — Erich, W. E.: Verh. Dtsch. Ges. inn. Med. 62, 1956, 168
- 4 — Schaefer, E. L. ve Greul, H.: Z. Tbk. 108, 1956, 321
- 5 — Schaefer, E. L.: Tbk. arzt 1957, 671
- 6 — Damaschek, W.: Schw. Med. Wschr. 8, 1952, 489
- 7 — Dubois - Feriere, H.: Schw. Med. Wschr. 86, 1956, 1460; 87, 1957, 1228
- 8 — Kühn, K. ve ark.: Schw. Med. Wschr. 86, 1956, 788
- 9 — Kaiser, H.: E. Merck's Jahresbericht, 1955/56, 6 ve 161
- 10 — M. Jesiotr, M.D., Beer, Yacov, Israil: Diaescs of the Chest: February 1958
- 11 — The research Committee of the Tuberculosis Society of Scotland, Prednisolone in the Treatment of Pulmonary Tuberculosis.
- 12 — A controlled Trial, Brt. Med. Journal: 1131, 1134, (Nov. 1957)
- 13 — Fiegei, G. ve Kelling, H. W.: Münch. Med. Wschr. 97, 1955, 1439

—oOo—

**Celse Konusu: Tüberküloz Tedavisinin
Bu günkü Durumu**

SEKİZİNCİ CELSE

Celse Başkanları : Dr. Niyazi ERZİN — Dr. Lütfi VURAL

Celse Kâtipleri : Dr. Behiç YÜCEL — Dr. Ali ERASLAN

TECRÜBİ KOBAY TÜBERKÜLOZUNDA İOD'UN ANTİBAKTERİYELLERLE BİRLİKTE (Sm., PAS., İNH.) VE MÜNFERİDEN TESİRLERİ HAKKINDA BİR ARAŞTIRMA[*]

Dr. Aral GÜRSEL — Dr. Ragıp ÜNER — ve Dr. Hümi GÜRSES

Biliyoruz ki bilhassa kronik pülmoner tüberkülozda, antibakteriyeller kavernler içerisine nüfuz edemediklerinden az müessir olmaktadır. Bundan dolayı son seneler zarfında fuayelerin reaktivasyonu ve dolayısı ile konjestiyonlar hususle getirerek vaskülarizasyon temini ve antibakteriyellerin buralara nüfuzunu kolaylaştırmaya çalışılmıştır.

Nouvion ve arkadaşları (1) 72 hasta üzerinde yapmış oldukları ilk denemelerinde neticelerin ümit verici olduğunu görerek 1953 de (2) hasta adetlerini çoğaltmışlar ve ilk tecrübelerindeki streptomycin'in yanına İzoniazidi de ilave ederek devam etmişler ve tüberküloz fuayelerinin ilerlemekten durduklarını ve radiografik iyileşmeler husule geldiğini bildirmişlerdir.

Gene aynı müellifler (3) 1954 de negretmiş oldukları mesailerine göre çalışmalarına antibakteriyellerin yanına İodure de Potassium' ve antijen metiliği de ilâve ederek aşağıdaki neticeleri elde etmişlerdir :

1 — Yalnız Sm ile tedavi edilen 27 hastadan	8 i	% 29	i
2 — Yalnız İNH ile tedavi edilen 22 hastadan	10 u	% 45	i
3 — Sm + İNH alternatif edilen 17 hastadan	9 u	% 52	i
4 — Sm + İNH müsterek edilen 14 hastadan	6 i	% 42	i

ki

[*] Refik Saydam Merkez Hıfızısıhha Enstitüsü ve Ankara Veremle Savaş Derneği müsterek çalışmalarından

Cem'an 80 hastadan 33 ü yani % 41 nisbetinde bir salah elde etmişlerdir. Basiloskopi bakımından en iyi neticeyi Streptomycin + İzoniazid kombinasyonu vermiştir. Bu neticeler İodure de Potassium ve Antijen metilikle tedavi edilenlerin neticeleri ile, ki % 56 nda radiolojik iyileşme ve % 30 da da ileri derecede bir salah görülmüştür, mukayese edilecek olursa, İodure de Potassium ve Antijen metiliğin salah nisbetini oldukça yükselttiği hemen göze çarpmaktadır. Müelliflere göre İodure de Potassium kavernlerin küçülmesine sebep olmaktadır.

Lichtenstein (4) ise iki grup hasta alarak, birincisini yalnız PAS, ikincisini ise PAS + İodure de potassium ile tedavi etmiş ve bu iki grup arasında hiç bir fark görülmediğini bildirmiştir. Müellife göre İodure de Potassium'un ne iyi ve ne de kötü bir tesiri görülmemiştir.

Kolmer (5) ise İodure de Potassium'un streptomycin ile birlikte sinerjik ve additif bir şimioterapik aktivite gösterdiğini ve KI ün hemapoetik system üzerine hiç bir muzır tesiri olmadığını bildirmektedir.

Hamilton ve Geever (6) in kobaylar üzerinde yapmış oldukları tecrübelerle göre adequat streptomycin miktarları ile İodure de Potassium birlikte veya yalnız başına verildiğinde dahi ölümü ancak geciktirmekte ve herhangi bir iyileşme görülmemektedir. İodure de Potassium alan ve almayan hayvanların nesiclerinde makro ve mikroskopik olarak farklar görülmemektedir.

Materiyel ve metod

Yukarılarda arz edilen hususların tetkiki ve aydınlatılabilmesi için, aşağıdaki şema dahilinde lüzumlu denemeleri yaptık:

- Grup I — Enfekte edilmemiş kontrol kobaylar
- Grup II — H₂ Rv suşu ile enfekte kontrol kobaylar
- Grup III — Enfeksiyon + İodure de Potassium
- Grup IV — Enfeksiyon + Streptomycin
- Grup V — Enfeksiyon + Sm + İodure de Potassium
- Grup VI — Enfeksiyon + PAS
- Grup VII — Enfeksiyon + PAS + İodure de potassium
- Grup VIII — Enfeksiyon + İNH
- Grup IX — Enfeksiyon + İNH + İodure de Potassium
- Grup X — Enfeksiyon + Sm. + PAS + İNH + KI.

Bütün kobaylar aynı günde (birinci grup müstesna) H₂ Rv suşu ile enfekte edildi ve enfeksiyonu müteakip günden itibaren antibakteriyel ve İodure de Potassium tatbikatına başlandı. Streptomycin ve PAS haftada iki defa olmak üzere ve beher seferinde zerk suretile Streptomycin için 20 mgr., PAS içinde 12 mgr. verilmek suretile, İzoniazid ve İodure de Potassium ise hergün hayvanların yemlerine beher kobaya 12 mgr. İNH ve 30 mgr. KI isabet edecek şekilde karıştırılarak verilmiştir.

Tecrübelerimiz 3 ay müddetle devam etmiş ve ikinci ay sonunda her gruptan ikişer kobay sakrifiye edilerek, geri kalanı da tecrübe sonunda öldürülerek müşahedeleri alınmıştır.

NETİCELERİMİZ :

Materiyel ve metod kısmında bildirilen esaslar dahilinde beher grupta 10 kobay lüzumlu denemeleri yaparak alınan neticeler aşağılarda arz edilmiştir:

Grup I — Enfekte edilmemiş kobayları teşkil eden bu kontrol grubu bütün hayvanlar tecrübe sonuna kadar salim kalmışlar ve sakrifikasyondan sonra yapılan müşahedelerinde de tamamen normal olarak bulunmuşlardır.

Grup II — H₂ Rv suşu ile enfekte edilerek hiç bir muameleye tabi tutulmaksızın kontrol olarak bırakılmıştır. Bu grup 15 kobaydan ibaret bulunuyordu. İki ay sonra sakrifiye edilen her iki kobayda da generalizasyon müşahade edilmiştir. 5 kobay muhtelif zamanlarda ölecek yapılan otopsi ve tetkiklerinde hakeza generalize tüberküloz olarak bulunmuşlardır. 3 ay sonra yani tecrübe nihayetinde öldürülerek tetkik edilen kobaylar hakeza generalize tüberküloz olarak bulunmuşlardır. Buna göre H₂ Rv suşundan beklenen bütün hususiyetleri göstermektedir.

Grup III — Enfeksiyon + İodure de Potassium grubudur.

Bu grupta erken ölüm yoktur. Enfeksiyondan iki ay sonra yapılan sakrifikasyonda iliakal bezler ve dalak büyümüş, bir tanesinde diğer azalar normal olmakla beraber, ikincisinde karaciğer üzerinde de tüberküllere tesadüf edilmiştir. Bunlardan yapılan subkültürler müsbet netice vermiştir. 3 ncü bir kobayda 2,5 ay sonra kendiliğinden ölmüş ve generalize tüberküloz olarak bulunmuştur. Geri kalan 7 kobay ise tecrübe hitamında sakrifiye edilmiş ve iliakal bezlerle, dalak ve karaciğer-

de tüberküloz lezyonları müşahade edilmiştir. Bir tanesi ise iliakal bezlerle dalak afetzede olmakla beraber karaciğer tamamen normal olarak görülmüştür.

Bu vaziyete göre Iodure ve Potassium yalnız başına generalizesyona mani olamamakta isede, kontrollara nisbetle bu generalizasyon ancak % 50 nisbetinde husule gelebilmekte ve gerek generalizasyonu ve gerekse yayımı geciktirmektedir.

Grup IV — Enfeksiyon + Streptomycin grubudur.

Erken ölümler görülmemiştir. Bütün kobaylar tecrübe sonuna kadar hayatta kalmışlardır. İki ay sonra sakrifiye edilen iki kobayda iliakal bezlerin büyümesinden başka birşeye tesadüf edilmemiştir. Tecrübe sonunda sakrifiye edilen kobaylardaki lezyonlara gelince: Bunların 3 adedi tamamen normal olarak bulunmuş, iki adedinde lezyonlar iliakal bezlerle dalağa münhasır kalmış, 3 adedinde ise karaciğerde de 2 - 8 tüberküle tesadüf edilmiş olduğu gibi inguinal bezlerde de hafif bir büyüme müşahade edilmiştir. Buna göre streptomycin yalnız başına lezyonların husulünü geciktirmekle beraber gene de bir yayıma tesadüf edilmektedir. Bu yayım umumiyetle lenfa yolu ile olmaktadır. Normal olarak kalan hayvanların vaziyeti şahsi istidada da bağlanabilir.

Grup V — Enfeksiyon + Streptomycin + Iodure de Potassium :

Generalizesyonlu bir erken ölüm görülmüştür. İki ay sonra sakrifiye edilen iki kobayda iliakal lenf bezleri ile dalak büyümüş bir tanesinde üzerinde tüberkül de müşahade edilmiştir. Tecrübe sonunda sakrifiye edilen kobaylarda ise bir tanesinde yalnız iliakal bezlerde, 3 adedinde de hem iliakal ve hemde dalak vemesanter ganglionlarında kültürle menfi kalan hafif büyüme. Geri kalan 4 adedinde ise gerek iliakal ve gerekse inguinal lenf bezlerinde dalak ve karaciğerlerinde tüberküller müşahade edilmiştir. Bu vaziyete göre yalnız Streptomycinle tedavi edilen IV cü grupla bu grup arasında büyük farklar görülmemiştir. Burada da bir yayım olmakla beraber kontrollara nisbetle çok düşüktür.

Grup VI — Enfeksiyon + PAS grubudur.

Bu gruptaki lezyonlar bundan evvelki gruplara nisbetle çok daha mütebarizdir. Çünkü husule gelen iki erken ölümden hemen hemen jeneralize denilebilecek kadar yayımlar göze çarpmıştır. İki ay sonra sakrifiye edilen iki kobayda ise tam bir jeneralizasyon tesbit edilmiştir.

Buna göre bu grupta dört jeneralizasyonumuz vardır. Ancak tedavi müddeti bir ay daha uzatıldıktan sonra sakrifiye edilen hayvanlarda evvelce husule gelmiş yayımda bir gerileme müşahade edilmektedir. Zira tecrübe sonunda sakrifiye edilen 6 hayvandan ancak bir tanesinde jeneralizasyon görülüp, geri kalan beş kobayda bir yayım olmakla beraber, husule gelmiş bulunan lezyonlar lenf ukdeleri ile dalak ve pek az olma küzere karaciğere inhisar etmektedir. Yayım burada da lenf yolları ile husule gelmiştir. Kontrol grupla mukayese edilince hafif bir gerileme göze çarpıyorsa da gene de PAS'ın profilaktik bir rol oynamadığı heme göze çarpmaktadır.

Grup VII — Enfeksiyon + PAS + Iodure de Potassium.

Bu grupta herhangi bir erken ölüm görülmemiştir. İki ay sonra sakrifiye edilen iki kobayda, yalnız PAS ile tedavi edilen VI cı gruptaki gibi herhangi bir jeneralizasyon görülmemiştir.

Burada lezyonlar ancak iliakal bezlerde mahsur kalmıştır. Üç ay sonra yapılan sakrifikasyonlarda ise iki hayvanda jeneralizasyon görülmüş, geri kalanlarında lezyonların iliakal bezlerle dalağa dağıldığı ve fakat tam bir jeneralizasyon hususle gelmediği görülmüştür. Burada her ne kadar bir yayım varsa da şahit gruba nisbetle çok düşük olup, yalnız PAS ile tedavi edilen gruptakilerden de daha azdır. Burada Iodure de Potassium şifa tesiri evvelki gruplara nisbetle biraz daha berrizdir.

Grup VIII — Enfeksiyon + İNH grubudur.

Bu gruptaki hayvanlarda herhangi bir erken ölüm vakası olmadığı gibi ne iki ay sonraki kontrol sakrifikasyonunda ve ne de tecrübe sonunda herhangi lezyon görülmemiştir. Hayvanlar normal vaziyetlerini aynen muhafaza etmişler ve ancak ve enfekte edilmemiş olan I cı grupla mukayese kabul edebilmişlerdir. Buna göre İzoniazidin tecrübi tüberkülozda dahi mükemmel bir profilaktik kolduğu bir kere daha meydana çıkmaktadır.

Grup IX — Enfeksiyon + İNH + Iodure de Potassium :

Bu grup da aynen yalnız İzoniazidle tedavi edilen VIII cı gruba benzemektedir. Herhangi bir erken ölüm hususle gelmediği gibi en ufak bir lezyona dahi tesadüf edilmemiştir. Bir tak hayvanda dalak herhangi başka bir sebep veya anomali neticesi peritonla iltisak yapmış olduğu görülmüştür.

Grup X Enfeksiyon + Sm + PAS + INH + İodure de Potassium :

Bu gruptaki hayvanlar enfekte edildikten sonra her üç antibakteriyelle birlikte İodure de Potassium da almışlardır. Bu grupta da en ufak bir lezyon görülmemiştir. Aynen enfekte edilmemiş hayvanlar vaziyetindedirler. Bu son üç gruba da İzoniazid tedaviye girmiş bulunduktan ve her üç grupta da en ufak bir lezyon görülmemesi ve mukayeseyi ancak enfekte edilmemiş olan I ci grubumuzla kabul etmeleri dolayısı ile, tecrübi tüberkülozda major ilâğ ünvanını ancak İzoniazid'in alabileceği bir kere daha tebellür etmektedir.

MÜNAKAŞA :

Tüberküloz enfeksiyonlarının muhtelif şekilleri üzerine İodun tesiri bu son yıllar zarfında birçok kimseler tarafından denenmiş ve bazılarına göre bilhassa kronik pülmoner tüberkülozda müsait tesirler yarattığı bildirilmiştir (1, 2, 3.). Bazılarına göre ise İodu İodure şeklinde alanlarla almayanlar arasında bir fark görülmediği bildirilmiştir (4). Bazı araştırmacılar ise İod'un sulfonlar ve Streptomycin ile sinerjik bir tesir yarattığı bildirilmiştir (5).

Bizde İod'un tecrübi tüberkülozda gerek münferiden ve gerekse antibakteriyellerle assosiyе olarak (Sm, PAS, INH) husule getirdiği tesirleri görebilmek üzere yukarılarda tavsilen bildirilen tecrübeleri yapmayı uygun bulduk.

Almış olduğumuz neticeler pek parlak olmamakla beraber hiç bir müsait tesir yaratmadığı da denemez. Çünkü tecrübelerimiz göstermiştir ki İodure de Potassium yalnız başına jeneralizasyona mani olamamakla beraber, kontrollara nisbetle bu jeneralizasyon ancak % 50 olarak husule gelebilmektedir. Bu husule gelebilen jeneralizasyonlar da ancak gecikmelerle teşekkül edebilmektedir. Bu neticelerimiz Hamilton ve Geever (6) in tecrübelerine tamamen uymaktadır. Bu araştırmacılara göre «adequat miktarlarda streptomycin dozları İodure de Potassium ile birlikte veya yalnız başına ölümü ancak geciktirmektedir» Bu hususlar grup IV, ve V in hayvanları tetkik edildiğinde aynen cereyan etmiş olduğu hemen görülmektedir.

İodure de Potassium PAS ile birlikte verildiğinde ise Kolmer (5) e göre sinerjik bir şimioterapik aktivite husule gelmekte olduğundan dolayı insan tüberkülozunda denenmesi tavsiye olunmaktadır. Tecrübelerimizden elde edilen neticelere göre de İodure de Potassium + PAS

grubunda her ne kadar bir yayılma görülmüş isede, şahit gruba nisbetle çok düşük olup, yalnız PAS ile tedavi edilen gruptan da azdır, ve, İodure de Potassium'un sinerjik tesiri kendini göstermektedir.

İzoniazid ile birlikte kullanıldığı zaman ise en ufak bir lezyona tesadüf edilememesi nazarı dikkati İodure de potassiumdan ziyade İzoniazide çekmekte ve bunun tüberküloz profilaksisinde major bir ilâç olduğunu bir kere daha ispat etmektedir. Çünkü Ferebee ve Palmer'e (7) göre günde 5 mgr. İzoniazid alan kobaylar enfeksiyondan kurtarılmakta olduğu gibi, hayvanlar hiç enfekte edilmemişler gibi kilo almaya devam etmektedir.

NETİCE VE HÜLASA :

İodure de Potassium, tecrübi tüberkülozda, yalnız başına jeneralizasyonlara mani olamamakla beraber lezyonların husulünü geciktirmektedir. Streptomycin ile iştirâk ettirildiğinde vaziyette gayet cüz'i değişmeler husule gelmektedir.

Streptomycin yerine PAS ikame edildiğinde yayılmalara her ne kadar mani olunamıyorsa da sinerjik bir şimioterapik aktivite husulü ile şahit gruba nisbetle yayımlar çok azalmaktadır.

İzoniazid ile iştirâk ettirildiğinde, İzoniazidin bizatihi şifa ve profilaktik kıymetinden dolayı, tecrübi enfeksiyonlarda en ufak lezyonlar da hi müşahade edilemiyerek, ancak enfekte edilmemiş hayvanlarla mukayese edilebilmektedir.

B İ B L İ O G R A F İ

- 1 — H. Nouvion, G. Paillet, P. Guilbaud, R. Chevelon, A. Place Verghnes
Rev. de la Tub. 1952 - 16 - 1010
- 2 — Nouvion, G. Paillet, P. Guilbaud, R. Chevelon, A. Place Verghnes
Rev. de la Tub 1953 - 17 - 699
- 3 — H. Nouvion, G. Paillet, P. Guilbaud, R. Chevelon, A. Place Verghnes
Rev. de la Tub. 1954 - 18 - 806
- 4 — M. R. Lichtenstein : Am. Rev. Tubc. 1951 - 64 - 71
- 5 — John A. Kolmer : Am. Rev. Tubc. 1951 - 64 - 101
- 6 — M. A. Hamilton, E. F. Geever : Am. Rev. Tubc. 1952 - 66 - 680
- 7 — S. H. Ferebee, C. E. Palmer : Am. Rev. Tubc. 1956 - 73 - 1

**AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNUN MUHTELİF KLİNİK
SEKİLLERİNDE ANTİBAKTERİYEL İLAÇLARLA KOMBİNE
POTASSIUM İODURE TEDAVİSİNDEN ALINAN NETİCELER**

Dr. Nusret KARASU — Dr. Cengiz ÖZEK

Bundan evvelki kongrede kombine tüberkülostatik ile birlikte İodure de potassium verdiğimiz bir hastada (Tuberculoma) nın iyi olabileceğini belirten bir vak'ayı arkadaşım Dr. Bahattin Çetin ile birlikte tebliğ etmiştik.

Bu çalışma mesai arkadaşlarımdan Dr. Cengiz Özek ile birlikte daha geniş adette vak'a üzerinde ve tüberkülozun çeşitli şekillerinde yine kombine antibakteriel ile teşrik ettiğimiz İodure de Potassium'dan aldığımız neticeleri ihtiva etmektedir.

Çalışmamızda geçen devrede ilk istinad noktası Gom Syphilitique ile tüberküloz arasında bir zahiri benzerlik sebebiyle gomlarda iyi gelen bir ilacın tüberculomada tecrübe edilmesi idi.

Bu devrede tuberculomada iyi gelen bir ilacın sair tüberküloz şekillerindeki tesir derecesini araştırmak arzusuna dayanmaktadır.

Bu hususta akciğer'in Kronik tüberkülozundaki tatbikata ait mahdut mesai mevcut ise de akut kazeöz fuayeler üzerindeki tesirinin tetkiki ilk defa bu çalışmamızla literatürde yer almaktadır.

Materyel ve Metod :

Çalışmalarımızı 1. Mart. 195 - 20. Mayıs. 1958 tarihleri arasında Ankara Veremle Savaş Derneği Hastahanesi ve Ankara Tıp Fakültesi Göğüs Hastahıkları Kliniğinde yatan hastalardan 37 kişilik bir grupta üzerinde yapmağa başladık. Fakat Hastalarımızın 14 ü tıbbi tavsiye hilâfına taburcu oldu, 4 vak'ada allarjik tehürat dolayısıyla Potassium İodure kesildiğinden, 1 vak'ada allerji testi müsbet bulunduğundan Potassium İodure verilmekten vazgeçildiği için takip edebildiğimiz vak'a adedi 18 dir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastahıkları Kliniği

Devamlı takip etmek imkânı bulunan 18 hastanın 5 i çocuk, 6 sı kadın, 7 si erkekti. (15 yaşına kadar olanları çocuk olarak kabul edilmiştir.)

Vak'aların 6 sı (% 33,33) progressiv primer tüberküloza, 6 sı (% 33,33) moderately advanced, 5 i (% 27,77) far advanced olmak üzere, 11 i (% 61,11) reenfeksiyon tüberkülozuna, 1 i (% 5,55) ampiyem tüberküloza musab idiler.

Bu tetkike tabi tutulan hastalar aşağıdaki şartları haiz olanlardan seçildi :

- a) Tüberküloz teşhisi kat'i olanlar (klinik, radyolojik, lâboratuar)
- b) vak'alar 2 ay önceden antibakteriyel tedaviye tabi tutulmuş ve bu tedavi ile artık sür'atli bir salâh olmayacağı kanaatini verenler.
- c) Bu gruptaki çalışmaya ayrılacak vak'alarda aşağıdaki bulgular mevcut olmayanlar seçildi.
- 1 — Menenjit ve menenjizm hali olanlar.
- 2 — Sair organ tüberkülozu olanlar.
- 3 — Akut Seröz tüberkülozu olanlar.
- 4 — Verilen antibiyotiğe rezistan olanlar.
- 5 — İod tedavisine kontrendikasyon (bilhassa allerji testinin + olması).

Tedavi şu şemaya göre tatbik edildi :

- a) Antibiyotik klâsik şamalara göre verildi. (Streptomycin + PAS, Streptomycine + İNH, PAS + İNH, Streptomycin + PAS + İNH kombinasyonları halinde),
- b — Herhangi bir minor kollaps tedavisi tatbik edilmedi,
- c — Potassium iodure, sirop şeklinde ve ağızdan her gün devamlı olarak üç defada olmak üzere verildi.

Miktar :

- 1 — Erişkinlerde ;
Günde 1/2 gr. dan 1 hafta devam
Günde 1 gr. dan 2 hafta devam

Günde 1,5 gr. dan 1 ay devam

Günde 2 gr. dan bütün tedavi müddeti 3 - 4 ay oluncaya kadar devam edildi.

2 — Çocuklarda ;

Günde 0.25 gr. dan 1 hafta devam

Günde 0.50 gr. dan 2 hafta devam

Günde 0.75 gr. dan 1 ay devam

Günde 1 gr. dan bütün tedavi müddeti 3 - 4 ay oluncaya kadar devam edildi.

Tedaviye başlanmadan ve tedavi esnasında şu tetkikler sırası ile yapıldı :

- a — Röntgen (gerektiği zaman tomografi ve bronkografi)
- b — Kan muayenesi (Eritrosit, lükosit sayımı, lökosit formülü, hemoglobin tayini, sedimantasyon tetkiki),
- c — İdrar muayenesi (tam tahlil),
- d — Tüberkülin reaksiyonu (PPD ve DM. ile)
- e — Balgam kültürü ve rezistans,
- f — Wassermann,
- g — Bazal metabolizma,
- h — Vital kapasite,
- i — Hastanın boyun çevresinin ölçülmesi ve tiroid muayenesi (her gün kontrol edildi),
- j — Hastanın iyoda hassasiyet derecesi (cilt ve konjonktiva testi ile).

d, f ve j hariç diğer tetkikler ayda bir defa olmak üzere tedavinin seyri esnasında tekrar edildiler.

Tedavi esnasında iyoda ait bütün allerjik reaksiyonlar kaydedildi. Potassium iodure tedavisinin kesilmesini icabettiren hallerde seksiyon geçi ile müstereken karar verilerek tedaviye son verildi. Bütün tetkikler hastaya ait özel bir fiş tutularak tesbit edildi.

Potassium iodure, antibakteriyel kombinasyonu ile tedavi edilen 18 vak'ada potassium iodure tatbikinden evvel yalnız kombine antibakteriyel ilaçlarla tedavi neticesi radyolojik değişiklikler ayrıca kaydedildi.

Bundan başka, potassium iodure tatbik edilen hastaların lezyonlarına, bakteriyolojik, rezistans ve protokolümüzde bildirdiğimiz diğer hususlar bakımından azami benzerlik gösteren 3 ü (% 20) progressiv primer tüberküloz, 6 sı (% 40) moderately advanced, 5 i (% 33.33) far advanced derecede ve genel yekûn 11 i (% 93.33) reenfeksiyon tüberkülozu, 1 i (% 6.66) ampiyem tüberküloz olan 15 vak'a kontrol gurubu tayin edilerek 6 ay müddetle yalnız kombine antibakteriyel tedaviye tabi tutuldu.

Göğüs filimleri her ay sonunda ve ayrıca tedavi müddetinin hitamında incelendiler. Filimlerin mukayeseleri şu şekilde gösterildi :

- 1 — Az iyilik; anormal röntgenografik gölgelerin % 1 0- 25 inde düzelmeyi gösteriyordu.
- 2 — Orta derecede iyilik; Anormal röntgenografik gölgelerin % 25 - 50 sinde düzelmeyi gösteriyordu.
- 3 — İleri derecede iyilik; % 50 den fazla temizlenmeyi gösteriyordu.
- 4 — Değişiklik yok.
- 5 — Agravasyon.

BULGULARIMIZ :

1 — Tedaviye potassium iodure'ün ithalinden evvel yalnız kombine antibakteriyel tedaviye tabi tutulan 18 vak'ada radyolojik değişiklikler aşağıdaki şekilde olmuştur :

1 inci ay sonunda :

% 16.66 orta derecede iyilik; % 50 az iyilik; % 33.33 değişiklik yok.

İleri derecede iyilik görülemediği gibi agravasyon da tesbit edilemedi.

2 inci ay sonunda :

% 22.22 orta derecede iyilik; % 44.44 az iyilik; % 33.33 değişiklik yok.

Hiç bir vak'ada agrevasyon görülmediği gibi, yine ileri derecede radyolojik iyilik tesbit edilemedi.

3 aylık tedavi sonundaki neticeler ise şöyle görülmekte idi;

% 27.77 orta derecede iyilik; % 38.88 az iyilik; % 33.33 değişiklik yok.

Yine agrevasyon ve ileri derecede radyolojik iyilik tesbit edilemedi.

II — Tedaviye potassium iodure'ün ithalinden sonra neticelerde şöyle değişiklik görülmüştür.

1 inci ay sonunda :

% 38.88 ileri derecede iyilik; % 38.88 orta derecede iyilik; % 22.22 değişiklik yok. Agrevasyon ve az iyilik görülmemiştir.

2 inci ay sonunda :

% 72.22 ileri derecede iyilik; % 5.55 orta derecede iyilik; % 22.22 değişiklik yok. Agrevasyon ve az derecede iyilik görülmemiştir.

3 aylık tedavi sonunda :

% 72.22 ileri derecede iyilik; % 5.55 orta derecede iyilik; % 22.22 değişiklik yok. Yine agrevasyon ve az derecede iyilik tesbit edilmemiştir.

III — Kontrol gurubu olarak ayrılan 15 hastada yalnız kombine antibakteriyel tedavi ile 6 ay sonundaki değişiklikler ise şöyle görülmekteydi :

% 20 ileri derecede; % 33.33 orta derecede; % 33.33 az derecede radyolojik iyilik. % 13.33 değişiklik yok. Agrevasyon tesbit edilemedi.

Potassium iodure, antibakteriyel kombinasyonu ile netice alınmayan vak'alar daha ziyade fibrozise uğramış, uzun zaman antibakteriel

tedavi görmüş hatta toraks deformasyonları meydana gelmiş eski, kronik, kaviter tüberküloz vak'aları idi. Potassium iodure'ün tesiri bilhassa taze enfiltasyonlar üzerine olmuş, kaviterler üzerinde tesiri mahdut olarak görülmüştür.

Kombine antibakteriyel ilaçlarla müştereken potassium iodure tatbik ettiğimiz 18 vak'anın 7 sinde (% 38.88) tek veya müteaddit ve çapları 4 cm. den büyük ve küçük olan kavite mevcuttu. Bu kaviter vak'anın 4 ünün (% 57.1) kaviterlerinin çaplarında, tedavi sonunda küçülme tesbit edilmişse de ancak 1 vak'ada bu küçülme ileri derecede olmuştur. Hiç bir vak'ada kaviterlerde tamamen kapanma ve silinme tesbit edilmemiştir.

Antibakteriyellerle kombine potassium iodure tatbikine başladığımız 37 hastanın 14 ünde (% 37.81) konjonktivit, tiroit büyümesi, astmatiform nöbetler, cilt tezahürleri gibi tali arazlar görülmüşse de ancak 4 ünde (% 10.8) ilacın kesilmesini icabettirmiştir.

Hiç bir vak'ada, tedaviye Potassium iodure'ün tesirinden sonra, balgamda menfiye dönmüş basilin tekrar müsbetleştigi tesbi edilmemiştir.

NETİCE :

Netice olarak şunu tebarüz ettirebiliriz ki :

1 — Antibakteriyellere rezistan olmayan akciğer tüberkülozuna musab hastalarda potassium iodure'ün, antibakteriyellerle kombine olarak kullanıldığında, iyodun tüberküloz lezyonlarını reaktifte ettiğine dair olan bir tesiri görülmedi.

2 — İyodun tüberküloz lezyonlarını reaktifte etmek suretiyle, tüberküloz basillerinin serbest hale geçişini hiç bir vak'amızda müşahade edemedik. Basilleri menfileşmiş hastaların hiç birinde, tedaviye potassium iodure'ün tesirinden sonra ve potassium iodure'ün tesirine bağlı olarak basilin tekrar müsbetleştigi görülmemiştir.

3 — Bilakis bu hallerde potassium iodure, lezyonlarda, rezorpsiyonu çabuklaştırmak suretiyle yalnız antibakteriyellerle tedavi edilen vak'alardan daha sür'atli ve fazla derecede radyolojik silinmelerde mühim rol oynamıştır.

4 — Potassium iodure'ün tesirinin eski, kronik ve fibrotoraks teşekkül etmiş vak'alarda ya hiç, ya da çok az olduğu, buna mukabil ta-

ze vak'alarda bilhassa enfiltrasyonlar üzerinde çok tesir ettiği görülmüştür.

5 — Bu tedavinin kaviterler üzerinc tesiri asgari nisbette olmuş, hiç bir vak'a da kaviterlerde silinme veya kaybolma görülmemiştir.

6 — Potassium iodure tatbiki esnasında iyoda ait tali tezahürler, allerjik konjonktivit, cilt tezahürleri, astmatiform nöbetler tarzında olmuş, ancak 4 vak'ada potassium iodure'ün kesilmesini icabettirmiştir.

7 — Bazı vak'alarda tiroit büyümeleri edilmişse hastada tiroit fonksiyonları bozulmaması ve bazal metabolizmalarda karakteristik değişiklikler meydana getirmediği müşahade edilmiştir.

8 — Hastalarda, gerek allerjik belirtiler, gerekse tiroit büyümeleri potassium iodure'ü kullanmaya başladıktan sonra ilk hafta içinde ortaya çıkmış ve ilaç kesildikten sonra yine ilk hafta zarfında tamamen kaybolmuştur.

9 — Hâlen potassium iodure'ün, antibakteriyellerle kombine olarak akciğer tüberkülozunun çeşitli klinik şekillerinde tesir tarzının ne şekilde olduğuna dair kat'i malûmatımız olmamakla beraber müsbet tesirine ve bu tesirin lezyonların rezorpsiyonunu temin suretiyle olduğuna inanmakta, bu mevzu üzerinde daha bir çok aydınlatıcı çalışmaların icabettiği kanaatinde bulunmaktayız.

HÜLÂSA :

1 Mart 1957 — 20 Mayıs 1958 tarihleri arasında A.V.S.D. Hastanesi ve Ankara Tıp Fakültesi Göğüs Hastahıkları Kliniğine yatan akciğer tüberkülozunun çeşitli klinik şekillerine musab hastalardan 18 ine antibakteriyellerle kombine olarak ağızdan potassium iodure verilmiştir. Bu tedavi ile radyolojik iyileşme nisbetinin yalnız kombine antibakteriyellerle tedavi edilenlere nazaran daha sür'atli ve ileri derecede olduğu müşahade edilmiştir. Potassium iodure'ün tesiri, muhtemel vaskülarizasyonu ve lenf akımını arttırarak rezorpsiyonu sür'atlendirmek suretiyle olmaktadır.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — S. TAVAT ve arkadaşları, Farmakoloji ve Tedavi, 1955, 49.
- 2 — JOBLING, J. W., and PETERSEN, W. The Therapeutic effect of Iodides, J. A. M. A., Neceder 28, 1914 63, 1930.

- 3 — JOBLING, J. W., and PETERSEN, W: A Study of the ferments and ferment - inhibiting substances in tuberculous caseous material, J. Exper. Med., 1914, 19, 383.
- 4 — H. NOUVION, G. PELLER, P. GUILBAUD, R. CHOVELON et A. PLACEHERGHENS. Essai de traitement de la tuberculose pulmonaire chronique par la streptomycine associée à l'iodure de potassium et à l'antigène méthyllique, Rev. de la Tub. 5^e série, Tom. 16, No. 10 - 11, 1952, 1910.
- 5 — H. NOUVION, G. PELLIER, P. GUILBAUD, R. CHOVELON et A. PLACEHERGHENS. Action de la streptomycine ou de l'isoniazide, associée à l'iodure de potassium et à l'antigène méthyllique sur les foyers pulmonaires de la tuberculose chronique, Rev. de la Tub. 5^e série, Tom. 17, No. 6, 1953, 699.
- 6 — H. NOUVION, G. PELLIER, P. GUILBAUD, R. CHOVELON et A. PLACEHERGHENS. Iodure de Potassium et antigène méthyllique dans la tuberculose pulmonaire chronique traitée par streptomycine et isoniazide, Rev. de la Tub. 5^e série, Tom. 18, No. 7 - 8, 1954, 806.
- 7 — M. R. LICHTENSTEIN. Potassium Iodide and PAS in Chronic Fibroid Pulmonary Tuberculosis. The. Ame. Rev. of Tub. Vol. 64, No. 1. July 1951, 77.
- 8 — N. KARASU, B. ÇETİN, Potassium iodure ile Tedavi edilen Bir Tüberküloz Vak'ası, Tüberküloz Toraks Mecmuası, Cilt. 4, Sayı 3 - 4, 1957, Sayfa. 141.

—oOo—

CYCLOSERINE'İN AKCİĞER TÜBERKÜLOZU TEDAVİSİNDEKİ DEĞERİ [*]

Dr. Haydar AKSÜĞÜR [*]

Tüberküloz tedavisinde büyük devrimler yapan Streptomycine, İ. N.H. ve P.A.S. ın keşfinden sonra bunlara karşı zamanla Koch basilinin mukavemet kazanmasının meydana çıkması, yeni antibiotiklerin aranmasına yol açmış ve bu çalışmalar sayesinde Cycloserine bulunmuştur. Bidayette oldukça geniş bir akis yapan bu ilaç Roche firmasının sayesinde biz de tetkik edebildik. Çalıştığım Heybeliada Sanatoryumunda

[*] Heybeliada Sanatoryumu çalışmalarından

[*] Bu travayın hazırlanmasında büyük müsamahasını esirgemeyen Başhekim Dr. Z. Özgen'e, çalışmaların başında yardım eden Dr. Enkeç, Dr. A. Soylu, Dr. M. Berker ve asistan Dr. Sıddık Tugrula teşekkür ederim.

Cyclosérine ile tedavi edilmek istenen hasta adedi, 18 kadın 42 erkek olmak üzere 60 hastadır. Bunlardan üçü kadın ikisi erkek olmak üzere beş hastada ilaçla bağlı arızalar yüzünden ya tedavi kesilmiş veya hastalar tedaviye devamı reddetmişlerdir. Bir vak'a da tedavinin dördüncü haftası memleketine gitmek zorunda kalmış olduğundan ilaç bırakılmış böylece çalışmalarımız 54 vak'aya inhisar etmiştir.

Hastaların evsafı: Hastalarımızın % 74 ü 20 - 30 yaş arasındaki genç kahillerden müteşekkildir. Birisi 54 yaşında, diğerleri ise 20 yaşından küçüktürler. Vak'aların % 83 ü iki seneden daha fazla bir zamandanberi hastadır. Bunların ekserisi 5 - 10 senelik hastalardır. 54 hastadan bir tanesi hiç antibiotik almamış 53 ü muhtelif miktarlarda streptomycine, 52 i ise aynı zamanlarda İ.N.H. almıştır. (Cetvel 1) Vakalarımızın % 32 i 7 gr. ma kadar değişik miktarlarda, % 66,6 i 76 - 35 e gr. arasında streptomycine almışlardır. Hepsinin % 46,2 i 100 gr. dan fazla streptomycine kullanmışlardır. Keza vak'aların % 47,1 ri 2 - 28 ay İ.N.H., % 73,5 u ise ayrıca muhtelif miktarlarda ağız yoluyla P. A.S. kullanmış, 14 hasta ayrıca P.A.S. perfüzyonu yaptırmıştır. Görülüyor ki bütün hastaların % 98,5 u muhtelif miktarlarda ve muhtelif cinsten antibiotik almışlardır. Bunların yarısından çok fazlası bu ilaçları total olarak bol bol kullanmışlardır. Bundan başka bu 54 hastadan 5 tanesine bir veya iki taraflı pnömotoraks, 15 tanesine pömoperituan yapılmış, tesirsiz diye bırakılmıştır. 17 hasta pnömotorituanh olarak tedaviye başlanmış, geri kalan % 38,8 inde ise tahminime göre medikal kollarıdan bir faide umulmadığı için yapılmamıştır. 54 hastadan yalnız 14 tanesinin her iki antibiotiğe hassas olduğu 7 inin 5 gama İ.N.H.'a hassas, 10 gama streptomycine'e mukavim bulunduğu. 33 ünün ise her iki antibiotiğe rezistan olduğu tesbit edilmiştir.

Hastaların klinik durumlarına gelince : 54 vak'adan 23 ünde kan çökmesi çok sür'atli 19 unda ise sür'atli. 12 inde normale yakın bulunmuş, 29 hastanın febril veya subfebril, 25 inin ise afebril olduğu görülmüştür. Bunların hepsi öksürmekte, bol bol kura çıkarmakta, hepsi basillifer idiler. Radyolojik olarak (cetvel II.) bütün vak'alardan 46 i iki taraflı yaygın lezyonlu olup bunlardan 33 ünde bir veya iki tarafta bir veya müteaddit kaviterler mevcut, 7 hasta ise bir taraflı olup 6 sı kaviterli idiler. Ayrıca bütün hastalardan 37 sinin kronik lezyonlu, 9 unun taze lezyonlu akciğer tüberkülozuna müptela oldukları, yalnız bir tanesinde hiler adenopatiyle birlikte bir bronş tüberkülozu bulunduğu tesbit edilmiştir.

Tedavi şekline gelince : Hastalara ilk iki gün 250 mgr. lık birer tablet, müteakip iki gün ikiser tablet, sonra iki gün üçer tablet verilmiş, bundan sonra dörder tablet ile tedaviye devam edilmiştir. Toksik tesir-

ler yüzünden tedaviye fasıla vermek zorunda kalındığı hallerde bir müddet sonra yine aynı şema üzerinden tedaviye başlanmış ve günlük olarak 0,50 veya 0,75 gramla devam edilmiştir.

Tedavi müddeti : 3 hastada birer ay, 2 hastada 1,5 - 2 ay, 3 ünde 2,5 ay, 40 nda 3 ay, 3 ünde 3,5 ay 1 inde 4,2 sinde 8 ay devam etmiştir.

Tedavi sonrası : Hemen şunu arzetmek isterim ki tedaviden evvel ve sonra yapılan muayenelerde hiçbir hastada Cyclosérie'e bağlı karaciğer, böbrek fonksiyonlarında bir değişme olmamış, ilacın hazım cihazına, kardiovasküler ve hemotopoetik sistem üzerine ve glisemiye de bir tesiri olmamıştır.

Cyclosérine ile tedavinin tesirli veya tesirsiz oluşunun hastanın yaşıyla hiçbir münasebeti olmadığı, diğer antibiotiklerde olduğu gibi hastanın yaşıyla alakalı olduğu, hastalık veya puseleri ne kadar yeni, lezyon tipi ne kadar taze ise ilacın o nisbette müessir olduğu görülmüştür. Tedavinin klinik neticelerinin yüzde nisbetlerini yalnız Cyclosérine verilmiş olan 45 hasta üzerinde arzedeceğim. Geri kalan 9 hastada, diğer antibiotikleri çok almış olmalarına hattâ ekserisinde bakteriyolojik olarak, bir kısmında da klinik olarak bu antibiotiklere mukavemet bulunmasına rağmen, 7 tanesine yapılan cerrahi müdahalenin iyi neticelenmesine belki yardımcı dokunur diye diğer antibiotikler verilmiş, bu bakımdan klinik neticelerin yüzde nisbetlerine ithal edilmeyen bu hastalarda elde edilen muvaffakiyet veya ademi muvaffakiyet tamamen Cycloséri-ne'e aittir.

45 hastadan % 88,8 i (40 tanesi) ilk haftalarda bir rahatlık hissi duymuşlar, % 24,4 ünde (II kişi) öksürük tamamen kesilmiş, % 60,2 (27 kişi) çok azalmış, % 6,6 nda (3 kişi) evvela artmış sonra çok azalmış % 6,6 nda ise daima aynı kalmış, birisinde ise öksürük artmıştır; yani % 91,2 vak'ada tedavinin başlamasından bir müddet sonra öksürük ya tamamen kesilmiş veya fevkalâde artmıştır. Vak'aların % 86,6 sında sür'atle ve muhtelif derecede istaha artmış buna paralel olarak hastaların kiloları çoğalmıştır. Hiçbir hasta kilo kaybetmemiş yalnız 3 hasta tedaviden evvelki kilosunu muhafaza etmiş, % 42,2 i 5 kiloya kadar, % 33,3 ü 5 - 10 kilo arasında, % 17,7 i 10 kilodan fazla kilo almışlardır. Bunların içinde 15 er kilo alan hastalar vardır. Burada dikkati çeken, herşeye rağmen toplanamayan veya kilo kaybeden hastaların sür'atle almaları olmuştur. (45 de 7 vak'a). Görülüyor ki ahvali umumiyeye paralel olarak % 93,3 hasta, muhtelif derecede kilo almışlardır. Vak'aların % 42,2 inde kan çökmesi normale avdet etmiş, % 31 inde ise normale yaklaşmıştır. Yüksek ateşli hastaların hepsinde tedavinin ilk haf-

tasında ateş düşmeye başlamakta, 20 - 30 uncu günler arasında normale avdet etmektedir.

Subfebril lezyonlu kronik hastalarda ateş daha uzun zaman, ekseriya 30 - 50 günde bazen daha geç olarak normale dönmektedir. Bizim sübfebril ateşli hastalardan bir tanesinde tedaviye rağmen ateş yükselmiş, birinde aynı kalmış, diğerleri tamamen afebril hale dönmüşlerdir. Afebril bir hastada tedavinin birinci haftasında ateş yükselmiş bir hafta sonra normale inmiştir. 45 hastadan nabızı yüksek 12 inden II inde nabız normale dönmüş, birisi yine yüksek kalmıştır.

İlacın basil üzerine tesirine gelince : Tedaviden evvel direk muayene ile basil bulunan 34 hastadan 17 inde, teksifle basil bulunan 9 hastadan 3 ünde, kültürle basil bulunan 2 hastadaki mecmuu 45 hastadan % 47,6 sında (22 vak'ada) basil teksif veya kültürle kaybolmuş % 20,4 ünde (9 vak'a) kışedeki basil miktarı tedaviden evvelkine nazaran çok azalmış. 18 inde (8 vak'a) aynı kalmış, % 14 ünde (6 vak'a) ise tedaviye rağmen kışadaki B. K. artmıştır. Cyclosérine ile tedavinin daha evvel mevcut streptomycine ve I.N.H. 'a mukavemet hallerini değiştirmediklerini tetkik ettiğimiz 26 hastada tesbit ettik. Bazı hastaların vaktinden evvel tedaviyi terk etmeleri, bazı kültürlerde diğer jermilerle husule gelen bulaşma dolayısıyla netice alınmaması, bir kısım hastaların tedaviden sonra tübaj yaptırmamaları sebepleriyle ancak 31 hastada Cyclosérine'e mukavemet teşekkülünü tetkik edebildik [*].

(Cetvel 3) de görüldüğü gibi tedaviden evvel iki hastada Cyclosérine'e alçak derecede (25 gama/cc') bir mukavemet tesbit ettik. 3 aylık bir tedaviden sonra bu hastalarda Cyclosérine'e ileri derecede mukavemet (50 gama/cc.) teşekkül etmiştir. Diğer 29 hasta tedaviden evvel Cyclosérine'e hassas bulunmuştur. Tedaviyi müteakip 2 hastada (% 6,40) orta derecede (40 gama/cc.), 3 hastada (% 9,60) alçak derecede (25 gama/cc) Cyclosérine'e mukavemet teşekül ettiği görülmüştür. 8 hastada (% 25,80) izole edilen basiller tedaviden evvelki gibi Cyclosérine'e hassas bulunmuş, 3 hastada (% 9,60) tedaviden sonra basil çıkmakta devam etmiş fakat bunlarda kültürde üreme görülmemiştir. Muhtemelen basiller Cyclosérine tesiriyle üreme kabiliyetini kaybetmişlerdir. 13 hastada (% 41,80 tedaviden sonra hiçbir metolla basil bulunmamış, kültürlerde üreme olmamıştır. Bu da Cyclosérine'in basiller üzerine bakteristatik veya bakterisid tesirini göstermektedir. Netice olarak diyebiliriz ki pratikte mukavemet teşekkülü 40 gamadan itibaren başladığı-

[*] Bu mukavemet tecrübeleri Heybeliada Sanatoryumu bakteriyologu Dr. Harika Engez tarafından yapılmıştır. Kendisine teşekkür ederim.

na göre bizim hastalarımızda 3 aylık tedaviden sonra % 12,9 vak'ada müessir bir mukavemet teşekkül etmiştir.

Tedavinin radyolojik salah üzerine tesirini iki grup vak'ada müta-lâa edeceğiz. Bunlardan birisi her türlü antibiотиği bol bol kullanmış, ekserisi yaygın lezyonlu, büyük bir kısmı bilateral bir kısmı ünilateral, ekserisi febril veya sübfebril, ateşli basillifer hastalardan müteşekkil kronik vak'alardan meydana gelmiş, birinci grup ile (cetvel II) hiç antibiotik almamış veya az almış yeni hastalanmış veya daha iyi olmuş hastalarda görülen taze alevlenme gösteren vak'alardan müteşekkil ikinci grupta tetkik edeceğiz.

Yalnızca Cyclosérine alan 35 vak'alık kronik grupta tedavi müddeti esnasında hiçbir ağırlaşma olmaması çok şayanı dikkattir. Çünkü bu grup hastalarda lezyon evolüsyonunda ağırlaşma beklenirdi. Halbuki % 20 salah, % 51,4 kısmi salah, % 28,6 vak'ada ise klinik olarak büyük iyiliğe rağmen radyolojik değişme olmamıştır. Eğer klinik veya bakteriyolojik olarak diğer antibiotiklere mukavemet mevcut olmasına rağmen cerrahi servisinin talebi üzerine Cyclosérine'e diğer antibiotiklerin teşrik edildiği ve böylece cerrahi müdahaleye hazırlanan kanaatimce antibiotiğin iyi tesirinin yalnız Cyclosérine'e ait olduğu 6 vak'ayı da bu gruba ilâve edersek o zaman kronik vak'alarda radyolojik olarak % 31,7 salah, % 28,8 kısmi salah, % 43,5 da aynı kalma mevcut olduğu görülür. Bu nisbetler taze vak'alarda çok değişiktir. Bunlarda her ne kadar vak'a adedi tam bir kanaat verecek miktarda değilse de neticeler gene çok şayanı dikkattir. Bu grupta tedaviden % 44,4 (9 vak'ada 4) şifaya yakın salah, % 11,1 salah, % 22,2 kısmi salah % 22,3 de aynı kalma gibi çok iyi bir sonuç elde edilmiştir. Biz bütün antibiotikleri almış ve artık terminal safhaya gelmiş, çok sür'atli seyirli 2 vak'ada herşeye rağmen diğer antibiotiklerle beraber verilen Cyclosérine'den hiçbir netice alamadık. Ve bir ay içinde hastalar öldüler. Bu iki vak'ayı istatistiklerimize dahil etmedik Çünkü bize göre bu iki vak'ada diğer antibiotiklerle de netice alınmazdı. Bu bahse son verirken şu mühim neticeye işaret etmek isterim :

Cyclosérine'le elde edilen klinik ve radyolojik salah sayesinde 4 vak'a rezeksiyon hududuna girmiş, 3 ü ameliyat olmuş, 1 i müdahaleyi reddetmiştir. Diğer 3 vak'ada torakoplasti yapılabilmiş, 1 vak'a da pnömoperitüandan istifade edebilecek duruma gelmiş ve pnömoperitüan tesis edilmiştir. Cyclosérine'in taze lezyonlar üzerine çok müsait tesir ettiğini bu meyanda eksüdatiftipe ve genç nodüller üzerine büyük tesiri olduğunu, nodüller eskidikçe tesirin azaldığını, fibröz lezyonlara müessir olmadığını, kazeöz lezyonlara bu meyanda 1 vak'ada tüberküloz pnömonisine de müessir olmadığını gördük.

Bu gün kullanılan antibiotiklerin en toksik olanı Cyclosérine'dir. Bu ilaçla biz de hastalarımızda bir çok arızalar gördük. Bunları şöyle hülâsa edebiliriz :

Toksik tesirlerin kadınlarda daha fazla görüldüğü ve tedavi esnasında verilen luminal veya Gardenal ile bunların önlemediği hakkındaki negriyata dayanarak 15 kadın hastamıza tedavi müddetince her akşam sistemli olarak 0,10 - 0,05 gr. luminal verdik. Ve umumiyetle diyebiliriz ki luminal alanlarla almayan erkek hastalardaki Cyclosérine'e bağlı nisbetinde bir fark olmamıştır. Sık olarak rastlanan ve ufak luminal dozlarıyla geçen arızaları şöyle sıralayabiliriz: Umumiyetle kadınlarda heyecan hali ve çarpıntı husule gelmektedir. Bu ve diğer bahsedilecek hâdiseler luminale sür'atle geçmektedir. 7 hastada uykusuzluk, 5 inde uyku hali olmuştur. Bunlardan birinde uyku hali o kadar marazi olmuştur ki tedaviye fasıla vermek mecburiyetinde kalmıştır. 2 kadında çok şiddetli baş ağrısı olmuş, luminal de vermemize rağmen çarpıntı, el ayak titremeleri ve karıncalanma hisse, uykusuzluk, bulantı olmuş, ilâcın günlük dozunun indirilmesine rağmen bu arızaların devam etmesi üzerine hastalar tedaviye devamı reddetmişlerdir. 4 hastada unutkanlık, 2 inde dalgınlık, 11 inde baş dönmesi görülmüştür. Baş dönmesinden şikâyet edenlerde tansiyon tedaviden evvelkine nazaran daha düşük bulunmuştur. Bu hal tansiyon yükselticilerle geçmiştir. 3 hastada el ve ayaklarda titremeler, 2 hastada uyuşukluk hissi, 1 hastada sağ hemitoraksa münhasır üşüme ve akabinde yanma hissi, 3 ünde angüaz, 3 ünde bulantı, 5 vak'ada öfori, 4 ünde depresyon hali görülmüştür. 1 hastada ürtiker bir diğerinde ciltte papüller meydana çıkmıştır. Daha ciddi arıza olarak 1 hastada diplopi, 1 tane pöti mal, 2 tane epilepsi görülmüştür. Bir diğerinde yüksek doz luminal verilmesine rağmen hezeyan ve teheyyüç hali meydana gelmiştir. Bütün bu arızaların hepsi geçici olmuştur. Cyclosérine'in tüberküloz allerjisine tesirini 15 hastamızda tetkik ettik ve ilâcın tüberkülin hassasiyeti üzerine sabit bir tesiri olmadığını gördük.

Cyclosérine'le tedavide görülen bazı hususiyetler ve elde edilen neticeleri şöyle hülâsa edebiliriz :

1 — Ağır seyirli bir tüberküloz pnömonisinde Cyclosérine mükemmel bir klinik netice vermiş, kısmı bir radyolojik salah olmuş fakat aynı hastada bir peritenit tüberküloz tesisine mani olamamıştır. Bu komplikasyon streptomycine ile düzelmiştir.

2 — Çok ağır seyirli bir hastada elde edilen mükemmel bir klinik neticeye ve kısmı bir radyolojik salaha rağmen tedavinin 60 mıcı günü

bir amiloid nefroz teessüs etmiştir. Başka bir vak'ada da Cyclosérine amiloidozun ilerlemesine mani olamamıştır.

3 — Bronş tüberkülozlu bir hastanın bronş lezyonunu iyi edememiştir.

4 — Tedavi ile % 86 - 93 nisbetinde mükemmel bir klinik netice elde edilmesine mukabil % 47,6 nisbetinde bir bakteriyolojik muvaffakiyet ve kronik vak'alarda % 31,7, taze vak'alarda % 11,1 nisbetinde salah. % 44,4 büyük salah elde edilmiştir. Görülüyor ki radyolojik salah, klinik salaktan çok düşük olup bakteriyolojik salahla paraleldir. Sonradan kontrol edebildiğimiz bazı vak'alarda öksürük, kışa çıkarma tekrar başlamış, zamanla artmış ve kışada B.K. tekrar pozitif olmuştur.

5 — Son olarak diyebiliriz ki Cyclosérine, tüberküloz tedavisinde değerli bir ilâttir. Hiçbir zaman Streptomycine, İ.N.H., perfüzyon halinde verilen P.A.S. in yerini tutamaz bir bunlara tercih edilmemelidir. Bu antibiotiklere mukavim hastalardaki yeni puselerin durdurulmasında, bu antibiotiklere mukavim hastaların medikal, bilhassa bazı vak'alarda şirürjikal tedaviye hazırlanmasında büyük değeri vardır. Diğer antibiotiklere mukavim hastalarda yapılan şirürjikal müdahaleden sonra husule gelen komplikasyon ve yayımlarda koruyucu olarak emniyetle kullanılabilir.

Cyclosérine'in tüberküloz lezyonlarına müsait tesiri tedavinin ilk 3 ayı içinde görülmekte müteakip tedavi devresinde ise ancak bu iyiliğin muhafazası temin edilebilmekte gibi görülmektedir. Bu bakımdan, yapılacak cerrahi müdahalelerde bu hususun nazarı dikkate alınmasının mübim olduğu kanaatindeyim.

Cyclosérine'in diğer antibiotiklerle birlikte kullanılması halini tetkik etmedik. Bu hususta tecrübeye dayanan bir fikrimiz yoktur.

CETVEL : 1 HASTALARIN TEDAVİDEN EVVEL ALDIKLARI DİĞER ANTİBİYOTİKLER

Alınan Streptomycine miktarı										Ağız yoluyla P. A. S. alanlar					
Alınan I. N. H. miktarı	Yekûn	10 Grama kadar	11 - 30 grama kadar	31 - 50 grama kadar	51 - 75 grama kadar	76 - 100 grama kadar	101 - 150 grama kadar	151 - 200 grama kadar	200 grama kadar	Yekûn	Hic P.A.S. almayanlar	100 Drageye kadar alanlar	1000-2000 Dragee alanlar	2000-3000 dragee alanlar	Daha fazla alanlar
		4	1	—	—	—	—	—	1	6	4	1	—	—	1
		—	1	—	3	1	2	—	—	7	3	3	—	—	1
		—	—	—	2	4	2	—	3	11	2	—	1	2	3
		—	—	1	2	4	8	—	—	15	—	1	1	3	6
		—	—	1	—	1	3	3	—	8	—	—	1	—	2
Yekûn	—	—	—	1	1	1	1	—	2	5	1	—	1	2	
	4	2	2	8	11	16	3	6	52	9	6	3	6	15	
Yakın P. A. S. Peritubözün yapıları		3	Ağız yolu ile P. A. S. ve Peritubözün yapıları						1	1	2	3	6	15	
25 şişeye kadar		3	—	—						—	—	1	—	—	1
26 - 50 şişeye kadar		1	—	—						—	—	1	—	—	1
51 - 100 şişeye kadar		—	—	—						—	—	3	—	—	2
Daha fazla		—	—	—						—	—	—	—	—	Daha fazla

CETVEL — II RADILOJİK DURUM

Tedaviden evvelki Durum (Kronik vakalarda)	Vaka adedi	Tedavi ile husule gelen radiolojik değişme (*)				
		Selah	Kısmi selah	Aynı kal- ma	Ağır- laşma	Ölüm
2 taraf lezyonlu, 2 taraf. kaviteli	7	—	1	1	5	—
2 taraf lezyonlu, 1 taraf. kaviteli	20	—	5	8	7	—
2 taraf lezyonlu kavitesiz	6	—	1	—	5	—
1 taraf lezyonlu kaviteli	2	—	—	1	1	—
Yekûn	35	—	7	10	18	—
Taze vakalar						
2 taraf lezyonlu, 1 taraf kaviteli	1	1	—	—	—	—
2 taraf lezyonlu kavitesiz	6	3	—	1	2	—
1 taraf lezyonlu, kavitesiz	1	—	1	—	—	—
	1	—	—	1	—	—
Yekûn	9	4	1	2	2	—

Cerrahi müdahale yapılanlar (Ameliyattan evvel ve sonra cycloserine alanlar)				
2 taraf lezyonlu 2 taraf kaviteli	2	—	2	1- Bir vakaya lobektomi yapıldı. 2- Bir vakaya 3 kotluk torakoplasti yapıldı.
2 taraf lezyonlu 1 taraf kaviteli	1	—	1	4 kotluk bir torakoplasti yapıldı.
2 taraf lezyonlu, kavitesiz	—	—	—	—
1 taraf lezyonlu, kaviteli	3	—	3	1— Hasta tarafa Pnö-mektoni mümkün oldu. 2— Bir vakaya sağ üst lobektomi yapıldı. 3— Bir vakaya sağ üst torakoplasti yapıldı.
Yekûn	6	—	6	—
Hususiyeti olan dört vaka				
Antibiotiklere meşbu, sağ üst fusta kaviter lezyonlu stabl, bir hasta	1	Lobektomiden sonra plevra ve Parancleyne reaksiyonu cycloserine ile gifa.		
2 taraflı yaygın kaviter progressif, terminal safhada	2	Diğer antibiotiklere meşbu ve mukavim, birer aylık cycloserin tedavisine rağmen ölüm		
Broche Tb. ve Hiler adenopati, reeler sağlam	1	tedaviden bir netice alınamadı.		
Umumi yekûn	54			

Cetvel : III Cycloserine tedavisi gören hastalarda TB. basillerinin ilaca rezistans durumu

Vaka	TEDAVİDEN EVVEL				TEDAVİDEN SONRA			
	Rezistans				Rezistans			
	Cycloserine				Cycloserine			
	25	40	50		25	40	50	
31	Teksit	Kültür	Streptomycin	I.N.H.	Teksit	Kültür	Streptomycin	I.N.H.
2	+	+	+	+	+	+	+	+
2	+	+	+	+	+	+	+	+
8	+	+	+	+	+	+	+	+
8	+	+	+	+	+	+	+	+
8	+	+	+	+	+	+	+	+
13	+	+	+	+	+	+	+	+

M = Mukavim
H = Hassas

AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNDA CYCLOSÉRİNE TEDAVİSİ

İLE ALDIĞIMIZ NETİCELER [*]

Dr. Enver BOZYAKALI

Dr. Tahsin FIRATLI

R. Harned ve E. Kropp tarafından Streptomyces Orchidaceus isimli bir mantardan elde edilen ve ilk defa 1954 yılında Amerika da, akciğer Tüberkülozu tedavisinde kullanılan Cyclosérine daha sonraları muhtelif Avrupa memleketlerinde de tecrübe edilerek antibasiler ilâçlar arasında yer almış ve muhtelif müşahadelerden sonra endikasyonları ve kullanış tarzı oldukça muayyen esaslara bağlanmıştır.

Hâlen memleketimize resmen ithal edilmeyen bu ilâcı servislerimizde kullanmak hususunda ki arzumuz F. Hoffmann la Roche firması tarafından memnuniyetle kabul edilerek gönderilen 5000 adet komprime Cyclosérine 14 hastamıza tatbik edilmiş olup iki hastamızda elân tedavisi altında bulunmaktadır.

Cyclosérine, bu 14 hastanın 12 sinde yalnız, ikisinde ise İzonyazid ile müştereken tatbik edilmiştir. En uzun tedavi müddeti 133 gün, en kısa müddet ise 42 gündür. On dört hastanın vasâtî tedavi müddeti 95 gündür.

Doz : Bütün hastalarda, tedaviye, ilk dört gün bir komprime, ikinci dört gün iki komprime verilerek başlanmış, ondan sonra tedavi dozu olarak kabul ettiğimiz üç komprime yani günde 750 mgr. ile tedaviye devam edilmiştir. İzonyazidle müşterek tedaviye tâbi tutulan hastalarda günde 300 mgr. İzonyazide 500 mgr. Cyclosérine ilâve edilmiştir. Yedi hastada Günlük doz 750 mgr. in üstüne çıkarılmamış, dört hastaya tedavinin kırk beşinci gününden itibaren 1 grm. verilmeye başlanmış, bir hastada ise doz başlangıçtan itibaren 1 gr. olarak tesbit edilmiştir. Bu dozların tâyininde hastanın ağırlığı ve ilâca tahammül derecesi göz önünde bulundurulmuş, ağırlığı 60 kgr. dan yukarı olan ve ilâca iyi tahammül gösteren kimselerde günlük doz yükseltilmiştir.

TOKSİK TESİRLER : Ondört hastanın yalnız altısında tedavinin birinci ayında zuhur eden uykusuzluk, hafif iritabilite hali gibi tezahürat verilen az miktarda lüminal ile kısa zamanda zail olmuş başka hiçbir nöro - psikişik araz ve komplikasyon müşahade edilmemiş, hiç bir has-

tada tedaviyi, muvakkaten de olsa, kesmek zorunda kalınmamıştır. Bu mevzudaki neşriyatın hemen hepsinde tesadüf edilen mühim toksit tezahüratın tarafımızdan görülmemesini, vak'a adedimizin azlığına, kullanmış olduğumuz dozların nisbeten düşük olmasına ve vak'alarımız arasında şahsî ve alievî antedandan nöro psikişik arazlar gösteren hastaların bulunmamasına atfedebiliriz. Ayrıca, bazı müelliflerce ifade edildiği gibi, alkolizmin Cyclosérin'in toksik tesirleri için müsait bir zemin teşkil etmesi keyfiyeti de, hiçbir alkolik olmayan hastalarımızın bu ilâca karşı memnuniyet verici toleransını izah edebilir zannediyoruz.

TERAPÖTİK NETİCELER : Bu neticeleri, vak'alarımızı iki gruba ayırarak mütalâa edebiliriz.

a) Birinci grubda bulunan üç hasta, hastalıkları yeni başlamış ve hiçbir spesifik tedavi görmemiş vak'alardır. Bunlardan birincisinde radyolojik imajlar tamamen kaybolmuş, kaviteler kapanmış, basil, teksif ve kültürle menfi olmuştur. İkincisinde, radyolojik imajlar tamamen kaybolmamakla beraber mühim bir gerileme göstermiş ve geriye fibröz bakiyeler, kalmış basil teksif ve kültürle menfi olmuştur.

Ateşli ve umumî fonksiyonel arazlarla hâd bir vaziyette servise yatırılan üçüne ilâhastada ateş, beş gün sonra normale düşmüş, fonksiyonel ve umumî arazlar kaybolmuş, basit muayenede müsbet olan basilloskopi onbeş gün sonra yalnız teksifle müsbet netice vermeğe başlamış, radyolojik imajlarda gerileme olmuş fakat hasta idarî sebeplerle çıkarıldığından tedavi tamamlanmamıştır.

b) İkinci gruptaki onbir hasta daha evvel diğer antibiyotikler ve kollaps metodları ile tedavi edilmiş fakat iyi bir netice alınmamış, kaviteli fibröz lezyonları olan ve ekseriyetle izonyazide rezistan vak'alardır. Bunlardan ikisi günde 500 mgr. Cyclosérin ve 300 mgr. İzonyazid ile tedavi edilmiş fakat tedavi sonunda radyolojik ve bakteriyolojik hiç bir salâh elde edilememiştir.

Yalnız Cyclosérinle tedavi edilen üç vak'ada çok az bir klinik salâh elde edilmiş fakat radyolojik ve bakteriyolojik bulgular değişmemiştir.

Bunlardan ikisinde tedaviden bir ay sonra menfi olan basilloskopi tedavi sonunda yeniden müsbet olmuş ve öyle kalmıştır.

Geri kalan altı vak'adan birinde, bir seneden beri basit muayene ile mebzul basil tesbit edildiği halde, tedavi sonunda basilloskopi teksif ve kültürle menfi olmuş, radyolojik imajlar mühim gerileme göstermiştir. İkinci vak'ada gene direkt muayene ile müsbet olan basilloskopi teksif ve kültürle menfi olmuş, radyolojik büyük salâh görülmüş, ampiyem

[*] Atatürk Sanatoryumu çalışmalarından.

mayî sterilize olmuş ve vasfı değişmiştir. Salâh hali tedaviden sonrada devam etmiş ve likid tamamen rezorbe olmuştur. Kronik, bilateral fibröz plôro - pülmoner infiltrasyonlar arasınd amüteaddit kaviteler gösteren üçüncü vak'ada kaviteler kapanmış veya küçülmüş fakat enfiltasyon sahalarında değişiklik olmamıştır. Bu hastada da tedavinin kırk beşinci gününde teksifle menfi olan basilloskopi üçüncü ayda yeniden müsbet olmuş ve öyle kalmıştır. Diğer üç vak'ada basil teksif ve kültürle menfi olmuş klinik salâh elde edilmiş fakat, esasen anotomik olarak irreverzible bir karakter gösteren radyolojik durumda değişiklik olmamıştır. Bu vak'alardan birinde de tedavi kesildikten iyi ay sonra yeniden basil bulunmuştur.

Cyclosérine'in umumi ve fonksiyonel arazlar üzerine tesiri.

Ateş üzerine tesiri: Ateşli olan iki hastadan birisinde, 38,5° civarında seyreden hararet münhanisi, beş gün sonra 37° nin altına düşmüş, devamlı olarak 37 ile 38 arasında seyreden ikincisinde ise, onbeş gün sonra 37° nin altında seyretmeğe başlamıştır.

Öksürük üzerine tesiri: Tedaviden evvel öksürüğü olan hastalar üzerindeki tesir aşikâr olmuş, tedavi sonunda bir kısmında azalan öksürük, bir kısmında tamamen kaybolmuştur.

Ekspektorasyon üzerine tesiri: Balgam çıkaran hastaların günlük balgam miktarı ehemmiyetli derecede azalmış, aynı zamanda pürülan vasıfta olanların pürülanslarının kısmen zail olduğu ve seröz bir vasıf aldığı müşahade edilmiştir.

Sedimentasyon üzerine tesiri : Üç hastada sedimentasyon sürati normale inmiş, altı hastada tedaviden önceki rakamlara göre nisbî bir düşme göstermiş, iki hastada değişiklik olmamış, diğer üç hastada da başka hiçbir reaktivasyon arazi göstermedikleri halde, yükselmiştir.

Vücut ağırlığı üzerindeki tesiri : Kronik hastaların hepsinin vücut ağırlığında, 500 gr. ile 6 kgr. arasında değişen bir artış kaydedilmiş, taze vakalarda ise bu artma daha bariz olup, bir hastamızda olduğu gibi 15 kgr. a kadar yükselmiştir.

NETİCE :

Sanatoryumumuzda mahdut bir hasta grubu üzerinde yapılan tecrübelerden hasıl olan şahsî kanaatlerimiz şunlardır :

1 — İlâca küçük dozlarla başlamak, nöro - psişik antesedamı olma-
yan hastaları seçmek ve yakından takip etmek şartıyla, mühim bir komp-
likasyon ve tali tesir husule gelmemektedir.

2 — Yeni başlamış ve hiç bir spesifik tedavi görmemiş taze vak'alardan almış olduğumuz neticeler mükemmeliyete yakın derecede olup memnuniyet vericidir.

3 — Kronik ve daha evvel muhtelif metodlarla tedavi edilmiş, lezyonları anatomik şifaya müsait bir durum arzetmeyen ulsero - fibröz vak'alarda Cyclosérine'in bu lezyonlar üzerindeki tesiri mahdut olmakta, fakat vak'aların yarısından fazlasında basil menfi olup, hemen hepsinde klinik salâh elde edilmektedir.

4 — Cyclosérine'i ihtiyatlı kullanmak şartı ile, diğer antitüberkü-
löz ilâğların müessir olamadığı vak'alarda kıymetli hizmetler ifa edebi-
lecek bir antibakteriyel ilâç olarak kabul edebiliriz.

—oOo—

CYCLOSERINE'İN TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNDE DEĞERİ

Dr. Selâhattin AKKAYNAK

Cycloserine (Cys) biyolojik menşeli bir antibiotiktir. 1954 de Herned ve arkadaşları tarafından Streptomices orchidaceus kültüründen izole edilmiştir. Harris ve arkadaşları da hemen aynı zamanda Streptomices garyphalus kültüründen gene aynı maddeyi elde ettiler.

Şimik terkibi, D — 4 — Amino — 3 İsoxa zolidinone'dir.

Geniş spektromlu bir antibiotiktir; birçok gram pozitif ve gram negatif basiller üzerine müessirdir. 4,5 — 8 PH arasında hiç bir fark göstermeksizin tesir eder. (11)

Tecrübe hayvanlarında - fare, köpek, maymun - yapılan tetkikler-
del - Toksisitesi düşük olduğu, 2 — Ağız yolu ile kolaylıkla aksorbe edil-
diği, 3 — Kan, Serebrospinal likid ve idrarda yeter bir seviyeye yüksel-
diğinin tesbit edilmiş (10, 11) olmasına rağmen gerek in vitro ve ge-
rek in vivo bakteriyositatik aktivitesinin düşük olması klinik tatbikat-
ta büyük bir yer almasına mâni olmuştur.

Tüberküloz basilleri üzerine olan tesiri ilk defa Cummings ve ar-
kadaşları, Barclay ve Rurse tarafından denendi; in vitro olarak H 37 Rv
de dahil olmak üzere 10 - 20 gama/cc. konsantrasyonunda muhtelif tü-

berküloz suşlarının üremesini nehyettiği tesbit edildi. SM ve INH a hassas suşları tesir ettiği gibi rezistan suşlara da müessirdir. INH'a ve SM e rezistan hümen suşlara 5 - 20 gama/cc konsantrasyonunda, bovin ve kuş tipi suşlarda daha yüksek konsantrasyonda müessirdir. Saprofitler, attenüe basiller ve B.C.G. daha az müessir olmaktadırlar (1, 6, 9, 10).

Cummings ve arkadaşları tarafından INH ve SM ile kombine olarak da tesiri araştırılmış Cys'le INH arasında hafif derecede bir jinerjismen mevcut olduğu görülmüştür. (1)

Steenken ve Wolinsky, Cys ihtiva eden vasatlarda 5 transferden sonra rezistans teşekkül ettiğini ve bunun tedricen arttığını gösterdiler. (9).

Cys'nin in vivo aktivitesi :

Eksperimental tüberkülozda Cys'le alınan neticeler hiçte yüz güldürücü olmamıştır. Farelerde enfeksiyonun seyri üzerine hiç bir tesiri olmamıştır. (9, 11) Kobaylarda, ancak pek yüksek dozda (Kan seviyesinin, Cys'nin in vitro müessir bulunduğu dozun 20 - 30 misline kadar yükseltildiği hallerde) müessir bulunduğu görülmüştür; (7) hayvanlar salâh bulmuşlar, mortalite azalmış, kontrol hayvanlarına nazaran gerek mikroskobik ve gerekse mikroskobik daha az nisbette lezyon bulunmuştur. Şu noktayda tebarüz ettirmek yerinde olurki lezyonlardan izole edilen basillerin Cys'ne hassasiyetlerinde büyük bir değişiklik bulunmamıştır.

Schmidt, maymunlarda yaptığı tecrübelerde mahdut ve fakat aşikâr bir tesir müşahade etmiştir. (10) Tavşanlarda yapılan tetkiklerde gene aynı netice yani mahdut fakat aşikâr bir tesir görülmüştür.

Demekki Cys'nin müesseriyeti, hayvan cinsine göre değişmektedir. Bu hal muhtemelen ilâcın metabolizması, itrahi, yahutta tecrübe hayvanına ait faktörlerin değişik olmasından ileri gelmektedir.

Klinik tatbikatı :

Epstein ve arkadaşları Cys'i tek başına veya izoniazide ve SM le kombine olarak ilk kullananlardır. Onların aldıkları neticelere göre, INH ve SM e rezistan, mükerrer tedaviye tabi tutulan vak'alarda Cys pek müessir, ilk defa tedaviye başlanan vak'alarda da diğer ilâçlar kadar

müessirdir. 9 aylık bir tedavi süresinden sonra gerek orijinal ve gerek mükerrer tedavi gören vak'alarda ilâca karşı hassasiyette bir değişiklik bulunmamıştır. (2, 3)

INH'la birlikte kullanıldığı vak'alarda semptomatik, radyolojik ve bakteriyolojik yönlerden aşikâr salâh sağlandığı bildirilmektedir. 6 ay sonunda % 93 radyolojik salâh, % 87 balgamda menfileşme sağlanmıştır. Müelliflerin kanaatinca, Cys ve INH kombinasyonundan alınan klinik, radyolojik ve bakteriyolojik iyileşme, INH ve PAS kombinasyonunun neticelerine nisbetle hem daha yüksek ve hemde sür'atlidir. Cys ve INH kombinasyonu ile tedavide INH'a karşı rezistans teşekkülü hemen hemen yalnız INH kullanıldığı zamankine muadil bulunmuştur. (4, 5)

VA - ARMY - Navy hastahanelerinin, 15 inci tüberkülozda kemore-tapi konferansı raporlarına göre orijinal tedavi vak'alarında yalnız başına Cys ile alınan terapötik netice, INH, PAS kombinasyonuna nazaran çok zayıftır. Filhakika, 6 aylık tedavi süresinden sonra INH ve PAS serisinde % 83 nisbetinde bir radyolojik salâh sağlandığı halde, Cys'le % 61 ve kültürde negatifleşme % 96 ya karşılık % 63 dır. (14, 15, 16).

Mükerrer tedavi vak'alarında elde olunan iyilik nisbetinde düşüktür. Her iki grupta da - Yani hem orijinal ve hem mükerrer tedavi gruplarında - basili müsbet devam eden vak'alarda Cys'ne karşı basillerde rezistan teşekkülü tesbit edilmiştir. Nitekim vak'alarda % 20 nisbetinde radyolojik fenalaşma görülmeside bunu teyit etmektedir. INH ve Cys kombinasyonunun müesseriyetide INH ve PAS kombinasyonuna karşı 194 vak'alık bir pilot tetkikte araştırılmıştır. Elde edilen neticelere göre, 4 aylık bir tedavi sonunda radyolojik salâh hemen hemen aynı nisbette, kültürde negatifleşme ve Cys ve INH gurubunda % 58, buna mukabil öteki grupta % 53 bulunmuştur. Keza kavite kapanmasında Cys ve INH gurubunda daha iyi bulunmuş ise de vak'a sayısı küçük olduğundan bu neticeyi kat'i saymak mümkün olmamıştır.

Cys INH gurubunda 4 vak'ada (cem'an 102 vak'a) radyolojik fenalaşma görülmüştür. Isoniazid ve PAS gurubunda ise tek bir vak'ada (cem'an 92 vak'a).

Nair de 81 vak'a üzerinde yaptığı tetkikte INH ve Cys kombinasyonu ile hem radyolojik ve hem bakteriyolojik (% 59) bakımlardan memnuniyet verici netice almıştır.

Cys ve SM kombinasyonu o kadar müessir bulunmamıştır. (17)

Ravina ve Pestel de kronik Ülsero - kaviter vak'alarda - standart ilâçlara rezistan teşkil etmiş vak'alar - % 60 - 75 nisbetinde iyi netice

aldıklarını bildirmişlerdir. Salâh bilhassa semptomatik olmakla beraber radyolojik ve bakteriyolojik yönlerden de şayanı memnuniyet bulunmuştur.

Toksisite :

Cys e tahammül insanlarda, tecrübe hayvanlarındaki kadar iyi değildir. Bilhassa sinir sistemi yönünden toksik belirtiler göstermektedir: baş ağrısı, baş dönmesi, uyku hali, depresyon ve öfori hali. Bu belirtiler hemen bütün araştırmacılar tarafından zikredilmiştir. En ciddi toksik belirtiler nöro - psikiyatrik mahiyettedir: şahsiyet bozuklukları, konfüzyon mantal ve konvülsif nöbetler. (2, 3, 4, 5, 7, 12, 13, 14, 15, 16)

141 vak'a üzerinde yapılan bir pilot etüdde bulunan ve ilâcın kesilmesine sebep olan toksisite belirtileri, günlük dozlara göre şöyledir : (16)

Belirtiler	Vaka sayısı	Günde 2 defa 0,50 gr.	2 günde 1 1,0 gr.	Günde 1 defa 0,50 gr.
Konvülsiyon	8	4	3	1
Konfüzyon Mantal	2	2	—	—
Motor bozukluk	3	2	—	1
Sommolens	1	1	—	—
Baş dönmesi	3	1	2	—
Titreme ile ateş yükselmesi	1	1	—	—
Yekûn	18	11	5	2

Cetvelde görüldüğü gibi bu belirtiler, ilâcın günde 1 gr. verildiği dozlarda daha yüksektir.

Günde 1 gr. veya daha fazla dozlarda verildiği zaman görülen konvülsiyonların nisbeti muhtelif istatistiklere göre şöyledir: (16)

	Vaka sayısı	Konvülsiyon Vak'a sayısı	% nispeti
Mc. Lean - V.A.H.	29	6	% 20,7
Amerika Halk Sağlığı teşkilâtı	25	4	% 16,0
V.A.H. çalışması	202	12	% 6,0
Epstein	57	2	% 3
Yekûn	313	24	% 7,7

Demekki Cys. tedavisinde ortalama olarak % 8 nisbetinde konvülsiyon olmaktadır. Buna mukabil akciğer tüberkülozunda Cys i günde 2 defa 0,250 gr. INH le verildiği hallerde görülen toksik veya yan tesirler o kadar ehemmiyetli bulunmamıştır. (8) 130 vak'anın tek bir tanesinde şüpheli bir konvülsiyon görülmüş ise de tedaviye devam edilmiş ve başka bir arıza müşahade edilmemiştir.

Epstein ve arkadaşlarının vakalarında görülen toksik belirtiler nisbeti şöyledir: (Bu vak'alar sadece Cys veya Cys ve INH kombinasyonu almışlardır.) (16)

Semptom	DOZ Günde 0,5 gr.	Günde 1-1,5	Tedaviden çıkarılanlar
Reflekslerde canlılık ve tremor	3	19	—
Konvülsiyon mantal	—	3	3
Konvülsiyon	1	7	2
Yekûn	4 % 3	29 % 24	5

Bazı araştırmacılar göre, günde 300 mgm. Pridokin, tremor ve reflekslerde canlılık üzerine müsait tesir ettiği gibi, konvülsiyonları dahi önlemektedir. Nair'in 25 vakasında günde 2 gr. Cys. verilmesine rağmen pyridoxin bunlarda 6 ay müddetle herhangi bir yan tesiri önlemiştir. (16, 17)

Bazı klinisyenler de bu yan tesirleri önlemek maksadıyla fenobarbital veya dolentin verdiklerini bildirmektedirler. Bu sentral sinir sistemine bağlı reaksiyonlar bazan tedavinin ilk haftasında, fakat umumiyetle ilk ayı içinde görülmektedirler. Mamafih, geç görülen vak'alarda kaydedilmiştir.

Cys'in merkezi sinir sistemi üzerine olan bu tesiri izah edilememiştir. Diğer organlar üzerine toksik tesiri yoktur. Ciltte döküntü ve ateş yükselmesi gibi reaksiyonlar görülmekte ise de bunlar o kadar ehemmiyetli değildirler.

Cys'in absorbsiyon ve itrahi :

Molekül ağırlığı küçük olan Cys, suda kolaylıkla eriyen, ağız yoluyla kolaylıkla absorbe olan, bu dokularda kolaylıkla difüzyona uğrayan bir maddedir. Cys., Vücudun bütün sulu kompartımanlarına dağıl-

makta, hattâ plâsenta bariyerini dahi geçmektedir. Cys.'in plâsma konsantrasyonu, bu kompartımanların hacmuna ve ilâcın itrah nisbetine bağlı bulunmaktadır. Serebrospinal likitteki konsantrasyonda hemen hemen kan konsantrasyonuna muadildir. (6, 7)

Plâzma konsantrasyonu, ilâcın alınmasından 2 saat sonra en yüksek seviyesini bulur ve 8 saat içinde tedricen düşer. 8 saat sonraki konsantrasyon zirve konsantrasyonun (% 37 - 49) u nisbetindedir. Cys. bilhassa böbrek yoluyla itrah edilir. Gaylord ve Conzelman'ın tetkiklerine göre gerek ağızdan verilen ve gerekse intramuskuler verilen cys'in % 50 si ilk 24 saatte % 64 ü 72 saatte itrah edilmektedir. (6) Geniye kalan % 35 in muhtelif şekillerde metabolizmaya uğraması muhtemeldir. Cromatografik tetkikler'le idrarda sadece Cys. bulunmuştur. Serumda veya diğer mayilerde Cys. Tayini, Cys'nin nitroprussid miyari ile reaksiyon vermesi esasına istinaden yapılır.

DOZ :

Cys., yetişkinlerde günde 0,5 - 1,5 gr. olarak birkaç kere de verilir. Toksik belirtileri nazarı itibara alarak günde 2 defada 0,250 gr. 1 yani 0,500 gr. mı geçilmemesi tavsiye edilmektedir.

Amerikada W. N. C. Sanatoryumunda bulunduğu sırada biz de Cys' i, diğer ilâçlara karşı rezistans husule gelmiş muhtelif hastalarda denedik. İlk zamanlarda günde 1 gr. olarak başladığımız hastalardan hiç biri ilâca tahammül edemediler; bir kısmında sinirlilik, bir heyecan hali, bir kısmında aksine uyku hali görüldü. Günde 0,5 gr. (iki defada 0,250 gr.) lık doza daha iyi tahammül edilmektedir. İlâc alınmasından 2-3 saat sonra yapılan araştırmalarda Cys'nin kan konsantrasyonu ortalama 20 - 25 gama/cc. bulunmaktadır. Kan konsantrasyonu tetkikleri, birinci hafta içersinde hergün, müteakip haftalarda haftada 2 gün olarak muntazaman yapılmalıdır. Kan seviyesinin 20 - 30 gama/cc. arasında tutulması lâzımdır.

Cys. uzun müddet kullanılabilir. Hinsbaw, 12 vakada 10 - 12 ay kullandıklarını ve bunlarda ilâcın birikmesine bağlı kötü tesir görülmediğini bildirmektedir. (16)

NETİCE :

1 — Cys., INH ve Sm. den daha az olmak üzere bir tüberkülostatiktir. INH ve SM e rezistan basil suşları üzerine de müessirdir. Cys. kullanan vakalarda nisbeten kısa zamanda rezistans teşekkül etmektedir.

Bu sebeple Cys. tek başına kullanılacak bir ilâc değildir. INH la kombine olarak kullanıldığı orijinal tedavi vak'alarında alınan netice oldukça müsaittir. Buna mukabil, evvelce tedavi görmüş diğer ilâçlara rezistans teşekkül etmiş vakalarda esash bir iyilik görülmemektedir.

2 — Nörotoksik olması INH la kombine olarak rutin kullanılmasına manidir. Bu sebeple bugün ancak diğer ilâçlara rezistans teşekkül etmiş vak'alarda ve ancak hastahane kontrolü altında ve bilhassa Viomy-cine le kombine olarak kullanılmaktadır. Bir diğer kullanış yeri de; diğer standart ilâçlara rezistan cerrahi vakalarda; ameliyat ve ameliyattan sonraki devredir.

Merkezi sinir sistemi üzerine toksik belirtisi görülür görülmez ilâc kesilmelidir. Böbrek hastalığı olan şahıslarda kullanılmalıdır.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — Cummings, M. M. ve ark. : Effects of Cycloserine on Mycobacterium tuberculosis in vitro Antibiotics and Chemotherapy, 1955, 5 - 198.
- 2 — Epstein, I. G. ve ark. : Cycloserine, a new antibiotic, in the treatment of human pulmonary tuberculosis: a preliminary report Antibiotic Med, 1955, 1 - 80.
- 3 — Epstein, I. G. ve ark. : The treatment of human tuberculosis with Cycloserine A year's progress. Antibiotic Annual, 1955 - 1956.
- 4 — Epstein, I. G. ve ark. : Cycloserine combined with other antituberculous agents in the treatment of pulmonary tuberculosis Am. Rev. Tuberc. 1957, 75 - 553.
- 5 — Epstein, I. G. ve ark. : Cycloserine - Isoniazid combination therapy in virgin cases of pulmonary tuberculosis, Dis. Chest, 1958, 33, No. 4.
- 6 — Gaylord M. Conzelman, JR. : The Physiologic disposition of Cycloserine in the human subject. Am. Rev. Tuberc. 1958, 74 - 739
- 7 — Modave, J. : Cycloserine and its value in the treatment of chronic pulmonary tuberculosis. Ant. Med. and Cl. Therapy 1957, 6 - 535.
- 8 — Robitzek, E. H. Nenashev, P. K. : Cycloserine and Isoniazid in reduced dosage combination in the therapy of pulmonary tuberculosis Antibiotic Annual, 1956 - 1957.
- 9 — Steenken, W. Jr. Wolinsky, R. : Cycloserine; antituberculous activity in vitro and in the experimental Animal. Am. Rev. Tuberc. 1956 - 73 - 539.
- 10 — Storey, P. B. McLean, R. L. : A. current appraisal of Cycloserine. Antibiotic Med. and Cl. Therapy, 1957, 4, 223.

- 11 — Welc, W. ve ark. : Antibacteriel Activity and blood and urine concentrations of Cycloserine, a new antibiotic, following oral administration. *Antibiotic Med.* 1955, 1 - 72.
- 12 — Neue Tuberkulostatika und Tuberkulostatika - Resistenz von Tuberkelbakterien. (A. M. Walter, 1958).
- 13 — Recent Advances in Respiratory Tuberculosis. (F. Heaf, — Ne. L. Rusby, 1959).
- 14 — Trasaction of the 15 th Conference on the Chemotherapy of Tuberculosis 1956
- 15 — Trasaction of the 16 th Conference of the Chemotherapy of Tuberculosis 1957
- 16 — Trasaction of the 17 th Conference on the Chemotherapy of Tuberculosis 1958

—oOo—

PYRAZINAMIDE'İN TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNDE DEĞERİ

Dr. Selâhattin AKKAYNAK

İlk zamanlarda «Aldinamide» adı da verilen Pyrazinamide (PZA) 1952 denberi Lâboratuvarlarda tesiri, tesir mekanizması, kliniklerde tedavideki değeri araştırılmakta olan bir tüberküloz kemoterapötikidir.

PZA'nın şimik yapısı, nikotini amide benzer bir madde olan «Pyrazinoic Acid Amine» dir. 1949 da Lederle lâboratuvarlarında Kuscher ve arkadaşları tarafından sentetize edilmiştir.

PZA., ilk defa hayvan deneylerinde düşük bir toksisite gösterdiği halde insanlarda oldukça yüksek, hattâ bu ilâcın klinikte geniş miyasta engelleyecek derecede, karaciğer üzerine toksik tesiri olduğu görülmüştür.

PZA'nın in vitro tesiri :

Tarshis ve Weed, insanlardan izole edilmiş muhtlif basil suşları üzerinde yaptıkları araştırmalarda, 100 ve hattâ 1000 gamalık miktarlarda in vitro olarak ancak parsiyel bir inhibisyon tesbit ettiler, hattâ Amerikan Trudeau Society'nin solid vasatı üzerinde 1000 gamada bile hiç bir

inhibisyon görülmedi (17). Steenken ve Wolinsky de PZA. nın tesirini gene in vitro olarak H₂ Rv suşlar üzerinde 3 muhtelif vasatta denediler ve onlarda in vitro aktivitesini pek hafif buldular (16).

Bilahare W. McDermott, PZA'nın in vitro müessir olduğunu, ancak vasatın Ph derecesinin müessiriyet üzerinde amil bulunduğu tesbit ettiler (6). Fihakika, Uh'nın fizyolojik olduğu seviyelerde PZA., H₂ Rv suşun üzerinde müessir olamadığı halde Ph. nın 5,0 - 5,5'a düşürüldüğü hallerde müessir olduğunu gösterdiler. 6,8 Ph. derecesinde 400 gama/cc. PZA. H₂ Rv. Bu bahımdan Bovine tip vasille hümen tip basiller üzerine tesiride değişiktir. Çünkü, Bovin basiller kalevi vasatlarda üredikleri gibi, ürettiği vasatları da kalevileştirmektedir. araza, Ph. 7 den 8-8,4'e çıkmaktadır. Halbuki, hümen tip basiller ise gittikçe vasatı asitleştirirler; faraza 7 Ph dan 5,5'a kadar düşürür ve böylece PZA'nın müessir olabilmesini mümkün kılarlar. Ayrıca, le Wasz - Höckert ve arkadaşlarının etüdlerine göre, PZA esasen düşük PH derecesinde bile bovin tip basiller üzerine müessir değildir. (9) (24) (22)

PZA'nın in vivo tesiri :

Dessau, Yeager ve arkadaşları, kobaylarda yaptıkları tecrübelerde orta derecede ve fakat aşıkâr bir antitüberküloz aktivite tesbit ettiler. Kilo gram başına X 30 - 900 mg. verilen kobaylarda hiç bir toksik belirti görmediler. (19) Malone, skeur ve arkadaşları da beyaz farelerde PZA'nın tesirini tetkik etmişler ve aktivitesini Sm'le PAS arasında bulmuşlardır; yani Sm'e nazaran düşük ve fakat PAS'a nazaran yüksek. R. Tomsett ve arkadaşları da gene beyaz farelerde yaptıkları tetkiklerde PZA'nın sadece enfeksiyonu durdurduğunu değil, hatta onu yok edecek derecede potassiyel bir kudrete sahip olduğu görmüşlerdir (19). Ancak onların bu tecrübeye kullandıkları doz çok yüksek olduğundan aynı tesiri insan tüberkülozunda almak mümkün görülmemektedir. Diğer taraftan, McDermott ve arkadaşları da gene farelerde yaptıkları tecrübelerde, tedavinin kesilmesinden 90 gün sonra 1/3 nisbetinde tecrübe hayvanlarının dalağında lezyon bulmaları, PZA'nın tesirinin basilleri tamamı ile yok etmek şeklinde olmayıp daha ziyade enfeksiyonu latant bir duruma soktuklarına delalet etmektedir. Onların kanaatine göre, diğer antitüberküloz ilâçların «Suppresive» tesirine mukabil PZA'a basillere «Destructive» tesir etmektedir (5).

Mackanes'in tetkiklerine göre de PZA in vivo, Isoniazid'den daha fazla müessirdir. Binnetice, müellife göre her ikisi bir arada kullanılırsa, PZA., İNH'in intresellüer tesirini artırmaktadır.

Klinik araştırmalar :

PZA., nin klinikte kullanılması ilk defa Yeager ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu ilk tetkik 43 vak'a üzerinde 16/Eylülden Aralık/1951 e kadar devam etti. Bu araştırmaya göre PZA. orta derecede bir tüberküloz aktivite göstermektedir. Sentomlar üzerinde tesiri daha süratli olu pSm. ve PAS'tan daha iyidir. Fakat kolaylıkla rezistans teşekkülü ve nöksler ilacın değerini düğürmektedir. Filhakika, bilhassa büyük kavite, bol miktarda basil, çıkaran vak'alarda süratle rezistans teşekkül etmektedir. Nitekim, invitro tecrübeler de bu hususu teyid eder mahiyettedir; PZA. ihtiva eden vasatlarda nihayet 3 pasajdan sonra basillerde aşıkâr rezistans teşekkül ettiği tesbit edilmiştir. Nökslere gelince, tedavide salâh görülen, 17 çok ilerlemiş akciğer Tüberkülozu vakasının 14 de, 10 orta derecede ilerlemiş vaka'nın 4 de, tedavinin kesilmesinden 1 ayla 1 sene arasında tesbit edilmiştir (19).

Bilâhère PZA. diğer ilaçlarla, bilhassa Sm ve INAH'la kombine olarak kullanıldı. Bu tetkiklerden alınan neticeler, tek başına PZA. ın tesirinden çok yüksek olduğu gibi beraberce kullanıldığı kematreptüğün hem tesirini arttırdığı ve hemde onlara karşı rezistans teşekkülünü geciktirdiği görülmüştür. İn vitro tecrübelerle de PZA. ın INAH'a karşı rezistans teşekkülünü geciktirdiği tesbit edilmiştir.

McDermott ve arkadaşlarının 61 vak'alık serisinde, tedaviye devam edilen 53 vak'adan, 3 aylık bir PZA. ve INH kombine tedavisinden sonra, % 90 da balgamda menfileşme ve müteakip altı, dokuz ay sonra yapılan tetkiklerde de balgamın aynı nisbette (% 90) menfi olduğu görüldü. Gerek radyolojik ve gerek kavite kapanması bakımından elde edilen neticeler çok iyi olmuştur (5). Phillips - Horton da bir seneden fazla süre ile PZA ve INH tedavisi gören 24 vak'ada aldıkları neticeleri, INH ve PAS kombinasyonuna nazaran daha yüksek bulmuşlardır. Şöyle ki, PZA. grubunda radyolojik iyileşme % 75, PAS grubunda % 56 dır. Her iki grupta da bakteriyolojik negatif olma nisbeti % 87 bulunmuştur. Ayrıca PAS grubunda neticede % 15 nisbetinde cerrahi müdahale yapılmış, halbuki PZA grubunda % 11. Bir mühim noktada PZA grubunda hiç bir vak'ada INH a rezistans teşekkül etmemiştir (12). VA - Army - Navy hastahanelerinin müşterek çalışmalarını ile alınan neticeler şöyledir: (20) (21).

I — İlk tedavi gören vak'alar serisinde PZA ve INH la 5 - 6 aylık bir tedavi süresinden sonra alınan radyolojik salâh % 75, Bakteriyolojik salâh % 76 dır ki Sm ve INH, INH ve PAS, Sm ve PAS kombinasyonlarından daha yüksektir. Kavite kapanması da gene PZA ve INH grubunda % 37 le başta gelmektedir.

Rezistans: PZA ve INH gurubunda 5 - 8 aylık tedaviden sonra 12 pozitif vak'anın hiç birinde INH e rezistans tesbit edilmemiştir.

II — Mükerrer tedavi gören vak'alar serisinde ise, 8 aylık tedaviden sonra % 34 nisbetinde radyolojik salâh, % 81 nisbetinde bakteriyolojik iyileşme ve % 24 kavite kapanması ile INH ve PZA kombinasyonu başta gelmektedir. 8 aylık tedavi süresinden sonra halâ basilleri müsbet olan 5 vak'anın yalnız birinde INH a rezistans tesbit edilmiştir.

Başka araştırmalar tarafından yapılan etüdlerde de gene PAS ve INH kombinasyonuna muadil terapötik kudrete sahip olduğu tesbit edilmiştir.

Amerikan Halk Sağlığı teşkilâtının Pilot tetkiklerine göre de günde 1 g. Sm. le PZA. kombinasyonunun verdiği 6 aylık neticeler çok yüksek bulunmuştur (20 - 21). C. Muschenheim ve arkadaşlarının tetkiklerine göre bu tesir PAS.nın dozuna bağlıdır. Eğer doz normal günlük dozun (40 - 50 mg/Kg. ağırlık) altında düşerse bu tesir alınamamaktadır (8).

PZA. ın toksik tesiri :

Klinik tetkikler göstermektedir ki, PZA, hepatoksik bir maddedir. Robinson ve arkadaşları, köpekler üzerinde yaptıkları tetkiklerde karaciğerd eőu histopatolojik değişmeleri tesbit etmişlerdir: Periportal sahalarda nekroz, portal mesafelerde lenfatiklerde genişleme. ayrıca, alkalin fosfataz ve ikterus indeksi yüksek bulmuşlardır. (14) Kanaatlarınca, bu bulgular, karaciğerin safra ifrazı fonksiyonunun bozulduğuna delâlet etmektedir.

VA - Army - Navy hastahanelerinin, yukarıda zikrettiğimiz 376 hasta üzerinde müştereken yapmış oldukları tetkiklerde görülen toksik belirtiler aylara göre şöylece sıralanmıştır (21) (22).

Toksisite	Vak'a sayısı	Ay					12 ve yukarısı
		4	4—5	6—7	8—12		
İkter	4	1	1	2	—		—
Hepatit	2	1	—	1	—		—
Karaciğer bozukluğu	15	8	3	—	3		1
BS retansiyonu	29	11	5	7	6		—

Bu cetvele göre vak'aların % 10 da PZA karaciğer üzerine toksik tesir etmektedir. Bu bulgular, münferit raporlarla da teyit edildiği gibi McDermott ve arkadaşlarının bulgularına göre ikter nisbeti % 3 dür. (5), (6).

WNC. Sanatoryumunda çalıştığım serviste PZA kullandığımız vak'alar fazla olmadığından tam bir istatistik çıkarmak mümkün olmamakla beraber mahdud vak'alarımızdan 1 inde aşikâr sarılık, 1 inde karaciğerde büyüme ile birlikte gizli ikter belirtileri (serum bilirubinde yükselme), iki tanesinde BS retansiyon gördük. Vak'aların hepsinde de ilaç durduruldu. İkterli vak'alarımızın sarılığı iki hafta kadar devam ettikten sonra açıldı. Fakat testler bilhassa Brom - Sulhpalein (BS) retansiyonu iki ay kadar yüksek olarak devam etti. Diğer vak'alarda, ilaç kesilmesinden sonra 1-2 ay içinde (BS) normale avdet etti. PZA tedavisi altında ikter ve karaciğer bozukluğu bazı vak'alarda fonksiyon testlerinde hiç bir değişiklik olmadan meydana çıkabilmekte ise de bir kısım vak'alarda fonksiyon testleri daha evvelinden bozulmaktadır. Binnetice. PZA tedavisinde bu ihtimali göz önünde bulundurarak günlük muayenelerde iştahsızlık, bulantı, halsizlik, sarılık, ateş, karaciğer büyümesi gibi semptom ve bulguların mevcut olup olmadığı araştırılmalıdır.

Fonksiyon testleri bakımından en ehemmiyetlisi (BS) test ile Serum Glutamic Oxalactic Transaminase (SGT) testidir. BS testinde % 5 den fazla retansiyon husule gelirse tedbirli olmak, retansiyon % 15 i gecerse PZA'yı kesmek icap eder. SGT testi, son yıllarda miyokard enfarktüslerinde karaciğer hastalıklarında kullanılan bir testtir. PZA'nın karaciğer toksisitesini meydana çıkarma bakımından hâlen en değerli test olarak kabul edilmektedir. 40 üniteye kadar normaldir; Bunun fev-kine çıkar ve yüksek devam ederse PZA'yı kesmek lazımdır. SGT. spektrofotometrik, kolorimetrik veya kromatografik metodlarla tayin edilmektedir (20).

PZA'nın bir değer toksik veya yan tesiride mafsallardır. Mafsallardaki ağrıları bilhassa hareket halindedir. Mafsalda, kırmızılık şiş veya hassasiyet yoktur. Radyolojik olarak hiç bir değişiklik bulunmaz. İlaç kesildikten sonra ağrı kaybolur (2).

Mafsallardaki ağrıların sebebi, muhtemelen kanda ürik asit seviyesinin yükselmesidir. Filhakika, Cullen ve arkadaşlarının tetkikine göre, PZA tedavisinde serumda asit ürik seviyesi, en az 9 mgr./cc. yükselmektedir (3). Buna mukabil, idrarda ürik asit seviyesi düşüktür. Bu hal, PZA'nın renal tesirinden ileri gelmektedir. Glomerul filtrasyonunda bir değişiklik olmadığına göre, serumda artma glomerüller olmayıp tübüler menşeli-

lidir. İlaçın kesilmesinden 48 saat sonra serumda asit ürik seviyesi normale düşmektedir. (Weiss) Bazı nadir vak'alarda aşikâr gout teşekkülü de görülmüştür. INH, PZA'nın hiperürisemik tesirini bozmamaktadır. Buna mukabil, PAS bu tesiri bir miktar tadil etmektedirki bu olay PAS, in muhtemelen biraz ürikozürük olduğuna delâlet eder. PZA tedavisinde ACTH de ilâve edilecek olursa kan ve idrarda ürismi nisbetinin düzeldiği müşahade edilmiştir (20).

PZA'nın hepatotosik ve hiperürisemik tesirleri yanında frisonla veya tedricen ateş yükselmesi, çarpıntı, pigmentasyon, balgam çıkarmakta zorluk gibi başka yan tesirleri de müşahade edilmiştir.

NETICE : 1

PZA, bilhassa INH'la kombine olarak kullanıldığında INH ve PAS kombinasyonuna muadil terapötik tesire sahiptir.

NETICE II.

Fakat hepatotosik tesiri bu terapötik tesirini önlemekte ve binnetice rutin olarak kullanılmasını engelmektedir. Bu sebeple ancak hastahane ve kontrol altında kullanılması tavsiye edilmektedir. Ayrıca, tedavi görmemiş vak'alarda inisiyal bir ilaç olarak veya uzun süre ile kullanılması da tavsiyeye şayan değildir.

DOZ :

Yetişkinlerde günlük doz, günde 4 defa 750 mg. (40 - 50 mg/Kg. ağırlıktır). Bundan az miktardaki dozlar terapötik tesirini azaltıyor. Ve fakat toksik tesirini değiştirmiyor (1).

TEDAVİ SÜRESİ :

Kontrol altında 6 ay. İyi netice alınan vak'alarda bu süre uzatılabilir.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — Allison, S. T. : Pyrazinamide and Isoniazid in Low dosage in treatment of pulmonary tuberculosis. Am. Rev. Tuberculosis, 1954, 70 - 423.
- 2 — Campagne, M. ve ark. : Observation on combined use of Pyrazinamide and Isoniazid in the treatment of pulmonary tuberculosis. Am. Rev. Tuberc. 1954, 69 - 334.

- 3 — Cullen, J. H. : The occurrence of hyperuricemia during Pyrazinamide-Isoniazid Therapy. Am. Rev. Tuberc. 1956, 74 - 289.
- 4 — Mackaness, G. B. : The intracellular activation of pyrazinamide and Nicotinamide. Am. Rev. Tuberc. 1956, 74 - 718.
- 5 — McDermott ve ark : Pyrazinamide - Isoniazid in tuberculosis. Am. Rev. Tuberc. 1954, 69 - 319.
- 6 — McDermott, W. Tompsett, R. : Activation of Pyrazinamide and Nicotinamide in acidic environments in vitro. Am. Rev. Tuberc. 1954, 70 - 734.
- 8 — Muschenheim, C. ve ark. : Isoniazid in tuberculosis (Observation with reduced dosage of Pyrazinamide).
- 9 — Ole Wasz, Höckert ve ark : Resistance of tubercle bacilli to Pyrazinamide in vivo.
- 10 — Perry, C. R. Morse, W. C. : The Pyrazinamide susceptibility resistant mutants of tubercle bacilli. Am. Rev. Tuberc. 1955, 72 - 840.
- 11 — Phillips, S. ve ark : Observations on Pyrazinamide in pulmonary tuberculosis. Am. Rev. Tuberc. 1954, 69 - 334.
- 12 — Phillips, S. Horton, G. E. : Pyrazinamide - Isoniazid. Am. Rev. Tuberc. 1955, 73 - 704.
- 13 — Potter, B. P. Chang, S. F. : Experience with Pyrazinamide. Dis Chest. 1955, 27 - 44.
- 14 — Robinson, H. J. ve ark. : Toxicity of Pyrazinamide. Am. Rev. Tuberc. 1954, 70 - 423.
- 15 — Schwartz, W. Moyer, R. E. : The Chemotherapy of pulmonary tuberculosis with Pyrazinamide used alone and in combination with Streptomycin PAS and Isoniazid. Am. Rev. Tuberc.
- 16 — Steenken, Jr. W. Wolinsky, E. : The Antituberculous activity of Pyrazinamide in vitro and in Guinea Pig. Am. Rev. Tuberc.
- 17 — Tarshis, M.S. Weed, Jr. W. A. : Lack of significant in vitro sensitivity on Mycobacterium Tuberculosis to Pyrazinamide on three different solid media. Am. Rev. Tuberc. 1953, 67 - 391.
- 18 — White, C. ve ark. : Role of Pyrazinamide in Chemotherapy of chronic pulmonary tuberculosis. Year Book of Medicine 1957 - 1958.
- 19 — Yeager, R. L. ve ark : Pyrazinamide (Aldinamide) in the treatment of pulmonary Tuberculosis.
- 20 — Transaction of the 16 th Conference on Chemotherapy of Tuberculosis. 1957.
- 21 — 17 the Conference on Chemotherapy of Tuberculosis, 1958.
- 22 — Neue Tuberkulostatika und Tuberkulostatika - Persistenz von Tuberkelbakterien (A. M. Walter, 1958).
- 23 — Recent Advances in Respiratory Tuberculosis. (F. Heaf. - N. L. Rusby, 1959).

AKCİĞER TÜBERKÜLOZU TEDAVİSİNDE AKROMYCİN

Tetracycline)'in DEĞERİ [*]

Dr. Needet MENEMENLİ [**]

Akciğer tüberkülozu tedavisinde izoniazid (INAH), Streptomycin (Sm.) ve para - amino - Salicylique acid (PAS) ile yapılan uzun süreli tedaviden elde edilmekte olan iyi neticeler yanında bu ilaçlara karşı mukavemet teşekkül etmesi veya toksik reaksiyonlar sebebi ile tedaviye son verilmesi gibi hallerde bu ilaçlardan biri yerine konabilecek başka bir maddeye olan ihtiyaç günden güne artmaktadır. Çalışmış olduğum sanatoryumda bu ihtiyacı hissedildiği bir çok vak'a mevcuttur. Bu hastalarda yapılan uzun tedaviye rağmen elân bakiye kaviterler mevcut ve basil müsbettir. Bir çok müellifler tarafından da ileri sürüldüğü gibi iki kıymetli ilaç olan Sm. ve INAH kombinasyonu pek nadir vak'alarda kullanılmakta ve bu esas iki maddeye karşı mukavemet teşekkülünden çekilmektedir. Bu suretle bir çok müelliflerinde belirttikleri gibi PAS'ın antitüberküloz hassalarına hayız ve aynı zamanda birlikte verildiği Sm. veya INAH'a karşı mukavemet teşekkülünü önleyecek bir maddeye olan ihtiyaç aşikârdır. Bu maksat için teramycin (Oxytetracycline) ve Chloramycetin (Chloramphenicol) bir çok kimseler tarafından (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.) Sm., INAH ve PAS ile muhtelif kombinasyonlar halinde kullanılmış ve bu iki maddenin INAH ve Sm. mukavemet teşekkülünde PAS'a müşabih gösterdikleri bildirilmiştir.

Stewart - arkadaşları (6) 33 akciğer tüberkülozu vak'asında INAH ile birlikte günde 1,2 ve 5 gramlık kombinasyonlar halinde Oxytetracycline kullanmışlar. 3 aylık tedavi sonunda balgamda basilin kaybolmasını her üç grupta müsavi bulmuşlardır. 1 ve 2 gram Oxytetracycline alan gruplarda hantaların % 50 sinde INAH'a mukavemet husule gelmiş ve 5 gram oxytetracycline alan grupta ise 3 ay sonunda hiç bir mukavemet görülmemiş ancak 5 yıllık tedaviden sonra % 30 hastada INAH'a mukavemet teşekkül etmiştir.

[**] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniği Doçenti.

[*] Bu çalışma Western North Carolina Sanatoryum Black Mt. de yapılmış ve Trudeau Society'nin yıllık toplantısında Durham N.C. da tebliğ edilmiştir.

Miller ve arkadaşları (3-4) oxytetracycline'i Sm. ile müşterek kullanmışlar ve neticede Sm. mukavemet teşekkülünü önlemesi bakımından oxytetracycline'in tesir bakımından 2 gramdan üstün olduğu fakat husule gelen toksik reaksiyonlarında dozla ilgili olarak arttığı belirtilmektedir.

Her 3 ilâca karşı mukavemet husule gelmiş bir kısım hastalarda oxytetracycline'i Viomycin ile müşterek kullandık. Netice olarak bizde diğer araştırmacılar gibi oxytetracycline'nin antitüberküloz ve mukavemet teşekkülünü önleyici tesir göstermekle beraber husule getirdiği gastro-İntestinal reaksiyonlar sebebiyle uzun müddet verilemeyeceği kanaatine vardık.

Elimizde mevcut Sm, INAH ve PAS'ın tüberküloz üzerindeki tesiri ve müşterek kullanıldıklarında mukavemet teşekkülüne mani oldukları malumdur. Fakat Sm veya INAH ile birlikte PAS yerine verilebilecek dördüncü bir ilâca olan ihtiyaç yukarıda zikrettiğim sebeplerden dolayı gittikçe artmaktadır. 18 - 24 ay gibi uzun zamandan beri INAH + PAS ve Sm + PAS kombinasyonları ile tedavi edilen bazı hastalarda birçok hekimlerin de gördükleri gibi bu maddelere karşı tam bir mukavemet teşekkül etmekte ve bu suretle elde sadece ya Sm. veya INAH kalmaktadır. Bu maddelerin tek başına verilmelerinin mahzuru da malumdur. Bu hastalarda henüz kullanılmamış ana ilâçla birlikte bir diğer maddenin bulunması zaruridir.

Ackromycinin terramycin'den daha iyi tolare edilmesi ve invitro olarak tüberküloz basili üzerinde terramycin gibi tesir etmesi sebebiyle bu maksat için yani uzun tedavi görmüş ve Sm. veya INAH'a mukavemet husule gelmiş vak'alarda elde kalan ana ilâçla müşterek olarak kullanılmak üzere Ackromycin'i seçtik. Tüberküloz tedavisinde Ackromycin'in değerini tayin hususunda bu şekil bir pilot çalışmanın faydalı olacağı kanaatine vardım.

Materyel ve metod :

Çalışmaya 40 hasta ile başlanmış fakat bunlardan sadece 33 kişi nihai neticelerin analizine dahil edilmiştir. 1 tabloda görüldüğü üzere vakaların ekseriyeti «Far advanced» akciğer tüberkülozudur.

Hasta adedi	Minimal lezyon		Moderately advanced		Far advanced	
	No.	%	No.	%	No.	%
40	3	7	10	25	27	67

(Cetvel I)

33 hastadan 22 si daha önce tedavi görmüş diğerleri hiç tedavi görmemiş vak'alardır. İlk defa çalışmaya dahil olan 40 hastanın 3 ü (% 7) «minimal» 10 u (% 25) Moderatly Advanced ve 27 si (% 67) «Far advanced» vak'alardır. (Tablo 1) 40 hastadan 17 si INAH + Ackromycin, 23 ü Sm. + Ackromycin kombine tedavisine tabi tutulmuştur. INAH dozu Kgm. başı 3 mgm., Sm. hafta 2X1 gm. olarak verilmiştir. 29 hasta günde 4X250 mgm. 11 hasta günde 4X500 mgm. ackromycin verilmiştir. (Cetvel II)

KOMBİNO TEDAVİ

Hasta adedi	INAH + Ackromycin		Sm + Ackromycin	
	No.	%	No.	%
40	17	43	23	57

(Cetvel II)

Çalışmaya dahil hastalardan 6 sı muhtelif senelerde hastahanedен ayrıldıkları için ve bir hastada ackromycine bağlı ishal ve abdominal şikâyetler gibi şiddetli reaksiyonlar görüldüğü için çalışmanın nihai tahkilerine dahil edilmemişlerdir. Bu suretle çalışma geriye kalan 33 hastaya inhisar ettirilmiştir. (Cetvel III).

TEDAVİ GÖREN, GÖRMEYEN

Hasta adedi	Tedavi gören		Tedavi görmeyen	
	No.	%	No.	%
33	22	666	11	33

(Cetvel III)

Çalışmaya dahil olan bu hastaların ekserisi daha önce ya PAS + Sm. veya PAS + INAH şeklinde kombine tedavi görmüşler ve çoğu PAS'a veya Sm. ve INAH'a mukavemet kazanmış vak'alardır. Aynı zamanda bazı hastalarda gerek PAS gerekse Sm'e veya her ikisine karşı kati intolerans görüldüğü için çalışmaya dahil olmuşlardır. (Cetvel III)

Bir hastada tedavinin üçüncü haftasından sonra şiddetlice cild reaksiyonu görülmüş ve antibistaminik tedavi ile geçmiştir. İki hastada gastro intestinal şikâyetler görülmüş ve tedaviye birkaç gün ara vermek mecburiyeti basıl olmuştur. Bunlardan birisinde bu suretle araz hafiflemiş ve tedaviye devam edilememiş ise de diğerinde Kramp şeklinde şiddetli ağrılar ve devamlı diyare sebebi ile tedaviye devam edilememiştir. Geriye kalan 30 hastadan hiçbirinde herhangi bir toksik veya allerjik reaksiyon görülmemiştir. (Cetvel IV)

TOKSİK REAKSİYONLAR

Hasta adedi	C i l d		Gastro - İntes	
	No	%	No	%
33	1	3	2	6

(Cetvel : IV)

Aylık fasılalarla göğüs radyografileri ve balgam muayeneleri ve lüzum olanlarda gastrik mayi kültürleri tatbik edilmiştir. Balgamlarında yayma ve kültürle basil devam edenlerde iki ay ara ile Sm. ve INAH hassasiyeti yapılmıştır. Çalışmanın klinik bakımdan kıymetlendirilmesi, vücut ağırlığı, hararet, öksürük ve balgam miktarına göre tetkik edilmiş ve aşağıdaki neticeler elde edilmiştir: Sekiz hastada hiçbir klinik değişiklik tesbit edilmemiş, bir hastada tedavi müddetince kanlı balgam görülmüş ve geri kalan yirmi dört vak'ada azdan çoğa kadar değişen iyileşme görülmüştür. Bu iyileşme en fazla, daha önce hiç tedavi görmemiş hastalarda olmuştur. Klinik bakımdan INAH + Ack. ce Sm + Ack. grupları ile günde 1 veya 2 gram ackromycin alan gruplar arasında istatistik bakımdan bir fark görülmemiştir. (Cetvel V)

KLİNİK DEĞİŞİKLİKLER

Hasta adedi	Orta		Çok iyi		Aynı		Fena	
	No	%	No	%	No	%	No	%
33	12	36	12	36	8	24	1	3

(Cetvel : V)

Tedaviye başlamadan önce hastaların 23 ünde balgamda basil bulunmuş geri kalan 10 hastada ise bulunmamıştır. Mamafî bu 10 hasta daha önceki tedavi görmüş ve bu safhadabalgamlarında basil tesbit edilmiş hastalardır. 8 ay devam eden tedavimiz sonunda 22 hastanın balgamı menfiye dönmüş ve çalışmamıza başladığımız anda balgamları menfi olan hastaların hiç birinde ackromycin tedavisi devresinde basil bulunmamıştır. Daha önce hiç tedavi görmeden çalışmamıza alınan II hastada balgamda basil menfiye dönmüştür. (Cetvel IV)

BALGAMDA A R B

Hasta adedi	Tedaviden önce				Tedaviden sonra			
	Neg.		PAS.		Neg.		PAS.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
33	10	30	23	70	22	66	11	32

(Cetvel 6)

«Far advanced» gurubu dahil ve daha önce tedavi görmüş hastalardan 9 unde hiç bir radyolojik değişme olmamıştır. Bu gruptan bir vak'ada hastahgım diğer tarafta yayıldığı görülmüştür. Geri kalan 23 vak'ada ise azdan çoğa kadar muhtelif derecelerde radyolojik Salâh tesbit edilmiştir.

RÖNTGEN DEĞİŞİKLİKLERİ

Hasta adedi	Az		Orta		Çok		Aynı		Fena	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
33	5	15	11	33	7	21	9	27	1	3

(Cetvel VII)

Otuz üç hastadan Radyolojik salâh gösteren ondört hastada çalışmanın bşında planografi ile de teyit edilen kavite tesbit edilmiştir. Bunlardan iki vakada kaviteler kapanmıştır. Bu hal gene planografi ile de teyit edilmiştir. (VIII cetvel)

KAVİTE

Hasta adedi	Tedaviden önce	Tedaviden sonra
	Açık Kavite	Kapanan kavite
33	14	2

(Cetvel VIII)

Balgam kültürlerinde üreme olmadığı için hastaların hepsinde hassasiyet deneyleri devamlı olarak yapılmamıştır. Devamlı olarak Balgamlarında basil bulunan 9 hastada tedavi müddetince hassasiyet deneyleri yapılmıştır.

POZİTİV VAK'ALARDA HASSASİYET

Hasta adedi	Tedaviden önce				Tedaviden sonra			
	Hassas		Mukavvim		Hassas		Mukavvim	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
9	8	89	1	11	8	89	1	11

(Cetvel IX)

Tedavi müddetince balgamlarında basil bulunan bu dokuz hastadan altısı Sm. e en az kısmen hassas bulunmuştur. Cetvelde gösterilen 1 vak'a Sm + Ackkombine tedavisine başlanmadan önce 100 mcg/cc. da streptomycine mukavim bulunmuştur. INAH + Ack. tedavisine alınan iki vak'a çalışmadan önce INAH'a 0,2 mcg/cc. ve 0,1 mcg/cc. dilusyonlarında hassas bulunmuşlardır. Tedavinin sonunda 100 mcg/cc. Sm'e mukavim olan 1 vak'a 10 mcg/cc. de hassas hale gelmiştir. 100 mcg/cc. de Sm'e hassas olan II vak'a ise 100 mcg/cc. de Sm' mukavim hale gelmiştir. Geri kalan beş vak'a ise çalışma müddetince Sm'e hassas kalmışlardır. VIII ve IX/9 vak'alar da 0,2 mcg/cc. de INAH hassasiyetlerini muhafaza etmişlerdir. (Tablo : X)

POSITIVE VAK'ALARDA AYRI AYRI HASSASİYET NETİCELERİ

TEDAVİDEN SONRA			TEDAVİDEN ÖNCE		
Vak'a I — Mukavim	100 mcg/cc. Sm.		Vak'a I — Hassas	10 mcg/cc. Sm.	
Vak'a II — Hassas	100 mcg/cc. Sm.		Vak'a II — Mukavim	100 mcg/cc. Sm.	
Vak'a III — Hassas	100 mcg/cc. Sm.		Vak'a III — Hassas	10 mcg/cc. Sm.	
Vak'a IV — Hassas	100 mcg/cc. Sm.		Vak'a IV — Hassas	10 mcg/cc. Sm.	
Vak'a V — Hassas	10 mcg/cc. Sm.		Vak'a V — Hassas	10 mcg/cc. Sm.	
Vak'a VI — Hassas	10 mcg/cc. Sm.		Vak'a VI — Hassas	10 mcg/cc. Sm.	
Vak'a VII — Hassas	100 mcg/cc. Sm.		Vak'a VII — Hassas	0,2 mcg/cc. INAH	
Vak'a VIII — Hassas	0,2 mcg/cc. INAH		Vak'a VIII — Hassas	0,2 mcg/cc. INAH	
Vak'a IX — Hassas	0,1 mcg/cc. INAH		Vak'a IX — Hassas	100 mcg/cc. Sm.	

- Mackaness, G. B. ve Simth, N. : The bactericidal action of isoniazid Streptomycin and teramycin on tubercular and intercellular Tubercle bacilli. Am. Rev. Tuberc. 1953 vol. 67, 322.
- Stewart, S. M., Turubuehl, F. W. A., and grofton, J. W. : The use of oxy tetracycline in preventury or delaying isoniazid resistance in pulmonary tuberculosis. British Med. J. 1954, Dec. 25, 1508.
- Rothstein, E and Johson, M. : Streptomycin and oxytetracycline (Terramycin) in the treatment of pulmonary tuberculosis. Am. Tuberc. 1954, vol. 69, 65.

—oOo—

**Celse Konusu : Tüberküloz Tedavisinin
Bu günkü durumu**

DOKUZUNCU CELSE

Celse Başkanları : Dr. Muharrem KÖKSAL — Dr. Galip URAK

Celse Kâtipleri : Dr. Suat KURULTAN — Dr. Behiç YÜCEL

KAVİTER AKCİĞER TÜBERKÜLOZU TEDAVİSİNDE PNÖMO — PERİTUVAN'IN TESİR DERECESESİ HAKKINDA MUKAYESELİ BİR ETÜD [*]

Dr. Tahsin FIRATLI

Dr. Fahri KÖKLÜ

Akciğer Tüberkülozu tedavisinde 1931 yılından itibaren kullanılmaya başlanan ve 1947 den sonra birçok memleketlerde geniş tatbik sahası bulan Pn. P. bu devreden itibaren memleketimizde de büyük ölçüde kullanılmaya başlanmış ve her yeni metoda karşı gösterilen geniş alâkaya mazhar olmuştur. İlk zamanlarda her çeşit akciğer Tüberkülozunda kullanılan Pn. P. nin endikasyonları zamanla tahtide uğramış ve son senelerde diğer memleketler de olduğu gibi memleketimizde de eskiye çok az ölçüde tatbik edilir olmuştur. Antibakteriyel tedavinin fevkalâde müesseriyeti ve alınan neticelerin mükemmeliği karşısında her türlü kolaps metodunun lüzumsuz olduğu hususunda bir çok müelliflerde beliren temayül çabucak umumileşmiş ve pnömotoraks'dan sonra Pn. P. nin de akciğer Tüberkülozu tedavisinde mühim bir unsur olmaktan çıkmasını intaç etmiştir.

Biz'de bugün, müşahedelerimize ve umumî temayüle uyarak bu kolaps metodunu eskisine nazaran çok daha az bir nisbette kullanmaktayız. Bununla beraber Pn. P. nin servislerimizde şimdiye kadar ki tatbikatından alınan neticeleri mukayeseli bir etüde tâbi tutarak, ondan sağlamış olduğumuz faydanın değerini tâyin etmek ve bundan sonra ko-

[*] Atatürk Sanatoryumu.

yacağımız endikasyonlarda bazı esasları tesbit edebilmek gayesi ile bu çalışmamızı yapmakta fayda mülâhaza ettik.

Materiyel ve Metod : Atatürk Sanatoryumunun hizmete giriş sene-si olan 1953 yılında 1957 yılı sonuna kadar yatırılan hastalardan muayyen kriterleri haiz olan vak'aları seçtik. Bu kriterler şunlardır: a) Lezyonun muhakkak surette kaviteli olması, b) daha evvel uzun müddet gerek antibakteriyel ilaçlar gerekse diğer kollaps metodları ile gayri kâfi bir suret tedavi edilerek, kronik stasyoner safhaya intikâl edip lezyonların anatomikman irreverzibl bir karakter kazanmamış olması, c) Hastanın servislerimizden en az üç ay yatarak muntazam bir tedaviye tâbi tutulmuş olmasıdır. Bu şartları haiz hastalardan müteaddit kavitelemi olanların kavitelelerinin her birini ayrı bir vak'a olarak mütalâa ettik. Bu suretle 469 hastaya ait 503 kaviter lezyon tefrik ettik.

Bu vakaları 1) yalnız Pn. P., 2) yalnız antibiyotik, 3) Antibiyotik + Pn. P. kombinasyonu ile tedavi edildiklerine göre üç büyük gruba ayırdık. Her grubda kavitelelerin tedavi sonunda ki radyolojik durumunu a) Kapanma, b) İleri derecede küçülme, c) küçülme, d) Stasyoner olarak tefrik ve bunların yüzde nisbetlerini tâyin ettik. Ayrıca kapanma ve ileri derecede küçülme âdet veyüzdelelerini birleştirerek (umumî salâh nisbeti) ismi altında topladık ve gruplar arasındaki mukayeseye esas aldık.

Girişte basili müsbet olan vak'alardan, basilleri en az teksifle menfi olanları âdet ve yüzde nisbeti olarak tesbit edip mukayese ettik.

Bu umumî etiüden sonra, kavitelelerin lober ve segmanter lokalizasyonlarını, elimizdeki dokümanların imkân verdiği nisbette, tâyin ederek her lokalizasyondaki kavitelelerin muhtelif tedavi şekillerinden elde edilen neticeleri yukardaki şekilde tasnif edip, Pn. Pn. nin hangi lokalizasyonlarda daha müessir olduğunu tesbite çalıştık.

Üçüncü olarakta alınan neticeleri kavitelelerin cesametine göre tetkik ederek, Pn. P. nin tesir derecesi ile bu cesametler arasında bir münasebet olup olmadığını araştırdık. Kavitelemi büyüklüklerine göre itibari olarak: 1) Kuturları 1,5 cm. yi geçmeyenler küçük kaviteleler, 2) 1,5 cm. ile 4 cm. arasında olanlar orta cesametli kaviteleler, 3) em. den yukarı olanları büyük kaviteleler olarak sınıflandırdık.

Umumî neticeler : Yukarıda zikretmiş olduğumuz üç tedavi grubundan yalnız Pn. P. tedavisi grubuna ithal edebileceğimiz 18 vak'a tesbit ettik. Fakat bu vak'aların daha evvel dışarda antibiyotik olmuş olmaları ve arşivdeki dokümanlardan Sanatoryumda ilaç almamış oldukları anlaşıldığı halde bu hususun da kat'i olarak tesbit edilememiş olması do-

layısı ile, adetlerinin azlığında nazarı itibare alarak, yalnız Pn. P. tedavisi grubunun etiüdünden ve bunlardan bir netice çıkarmaktan sarfı-nazar edilerek, umumî neticeleri yalnız antibiyotik tedavisi ve antibiyotik + Pn. P. Kombinasyonu gruplarında mukayeseli olarak etiüd ettik.

Her iki tedavi grubunda elde edilen radyolojik neticeler 1. No. lu tabloda gösterilmiştir. Bu vak'alardan yalnız antibiyotikle tedavi olanların vasati tedavi müddeti 4,2 ay, antibiyotik + Pn. P. kombinasyonu ile tedavi olanların ki ise 4,7 aydır.

Tedavi şekli	Kapanma		İleri derecede küçülme		Küçülme		Stasyoner		Umumi salah nisbeti		
	Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	Adet	%	%	
Antibiyotik.	153	55	35,9	17	17,6	47	30,7	24	82	60,5	15,6
Antibiyotik, Pn. P.	332	107	32,2	94	28,3	113	34	18	5,4	201	60,5

Tablo : 1. Yalnız antibiyotik ve antibiyotik + Pn. P. kombinasyonu ile tedavi edilen kaviter lezyonların tedavisonundaki radyolojik durumu.

Bu tablonun tetkikinden anlaşılabacağı üzere antibakteriyel tedaviye Pn. P. nin teşrik edildiği vak'alarda umumî salâh nisbeti, yalnız antibiyotikle tedavi edilenlere nazaran % 7 bir fazlalık göstermektedir.

Bakteriyolojik neticeler ise gene mukayeseli olarak II. No. lu tabloda gösterilmiştir.

Tedavi şekli	Girişte basili müsbet vak'a adedi	Meşfileşme		Müsbet kavitelemi	
		Adet	%	Adet	%
Antibiyotik	124	97	78,2	27	21,7
Antibiyotik, Pn. P.	287	219	76,3	68	23,6

Tablo II. Her iki tedavi grubunda umumî Bakteriolojik sonuçlar.

Bu rakamlara göre Pn. P., vak'alarımızda, basilin menfi olması hususunda hiç bir müsbet rol oynamamıştır. Bu durumu bundan sonraki gruplarda da aynen müşahade ettiğimizden ayrıca göstermeğe lüzum görmedik.

Neticelerin, kavitelerin topografisine göre tasnif ve mukayesesi :

I) Üst lob kaviteleri

A) Umumî olarak : III. No. lu tabloda görüldüğü gibi umumî salâh nisbetinde Pn. P. lehine % 4,4 gibi cüz'i bir üstünlük vardır.

Tedavi şekli	Vak'a adedi	Kapanma		İleri derecede küçülme		Küçülme		Stasyoner		Umumî salâh nisbeti	
		Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%
Antibiotik	138	49	35,5	25	18,1	41	29,7	23	16,6	84	53,6
Antibiotik Pn. P.	286	87	30,4	79	27,6	105	36,7	15	5,2	166	58

Tablo III. Üst lob kavitelerinin her iki tip tedavi sonunda radyolojik durumu.

B) Segmanter lokalizasyonlara göre: Bütün vak'alarımızda muntażaman yan grafi yapılmadığından üst lob kavitelerinin hepsinin segmanter lokalizasyonunu tesbit etmek kabil olmadı. Ancak 30 kaviter lezyonun apikal segmentte lokalize olduğu kat'i olarak belli olduğundan bunların mukayeseli etüdünü yaptık ve IV. nolu tabloda ifade ettik. Buradaki rakam ve yüzde nisbetlerinin tetkikinden, Pn. P. nin üst lob apikal segment kaviteleri üzerindeki tesirinin çok âşikâr olduğu ve umumî salâh nisbetinin yalnız antibiotik ile tedavi edilen vak'alara nazaran % 40 gibi mühim bir fazlalık gösterdiği anlaşılmaktadır.

Tedavi şekli	Vak'a adedi	Kapanma		İleri derecede küçülme		Küçülme		Stasyoner		Umumî salâh nisbeti	
		Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%
Antibiotik	10	3	30	2	20	2	20	3	30	5	50
Antibiotik Pn. P.	20	9	45	9	45	1	5	1	5	18	90

Tablo IV. Üst lob apikal segment kavitelerinin her iki gruba ait tedavi sonuçları.

2) Alt lob kaviteleri.

A) Umumî olarak : Alt lobda lokalize 52 kaviter lezyonun yalnız antibiotik ve antibiotik + Pn. P. kombinasyonu ile tedavisinden alınan neticeler V. nolu tabloda gösterilmiştir.

Tedavi şekli	Vak'a adedi	Kapanma		İleri derecede küçülme		Küçülme		Stasyoner		Umumî salâh nisbeti	
		Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%
Antibiotik	13	4	30,7	3	23	4	30,7	2	15,3	7	53,7
Antibiotik Pn. P.	39	14	35,9	15	38,4	8	20,5	2	5,1	29	74,3

Tablo : V. Alt lob kavitelerinin tedavilerinden elde edilen neticelerin iki grupta ifadesi.

Bu kavitelerin, üst lob kavitelerine nazaran Pn. P. den çok daha fazla istifade ettiği ve umumî salâh nisbetinin Pn. P. tatbik edilmeyen vak'alara nazaran % 20 civarında bir üstünlük gösterdiği yukardaki tablonun tetkikinden meydana çıkmaktadır.

B) Segmanter lokalizasyonlara göre: Alt lob kavitelerinin hepsini dorsal segment ve umumiyetle bazal segmentler kaviteleri olarak tefrik etmek mümkün olmuş ve bu iki lokalizasyondaki tedavi sonuçları, VI ve VII nolu tabloda mukayeseli olarak ifade edilmiştir. Bazal segmentler arasında ayrı bir tefrik yapılmamıştır.

Tedavi şekli	Vak'a adedi	Kapanma		İleri derecede küçülme		Küçülme		Stasyoner		Umumî salâh nisbeti	
		Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%
Antibiotik	6	2	33,3	2	33,3	1	16,6	1	16,6	4	66,66
Antibiotik Pn. P.	15	4	26,6	7	46,6	4	26,6	0	0	11	73,2

Tablo VI. Alt lob dorsal Segment kavitelerinin her iki tip tedavi sonundaki radyolojik manzarası.

Tedavi şekli	Vak'a adedi	Kapanma		İleri derecede küçülme		Küçülme		Stasyonlar		Umumi salâh nisbeti	
		Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%
Antibiyotik	7	2	28,5	1	14,3	3	42,8	1	14,3	3	42,8
Antibiyotik Pn. P.	24	10	41,6	8	33,3	4	16,6	2	8,3	18	74,9

Tablo VII. Alt lob bazal segmentler kaviteilerinin her iki şekil tedavilerinden elde edilen radyolojik neticeler.

Bu iki tablonun tetkikinden edindiğimiz intiba, alt lob dorsal segment kaviteileri tedavisinde antibiyotiğe Pn. P. tesrikinin umumî salâh nisbetinde % 7 gibi nisbeten küçük bir yükselme tevhit etmesine mukabil, bazal segment kaviteilerinde antibiyotik + Pn. P. kombinasyonunun yalnız antibiyotik tedavisine nazaran bu nisbeti % 30 gibi ehemmiyetli bir derecede artırdığı keyfiyettir.

3) Orta lob ve lingula kaviteileri : Dosyalarımız arasında, bu loblarda lokalize olduğunu tesbit edebildiğimiz kaviter lezyon adedi pek az (9) olduğundan istatistik bir malûmat elde edemedik. Ancak, bu lokalizasyonda ki 7 kaviter lezyondan 6 sınımantibiyotik + Pn. P. kombinasyonu ile kapandığını nazarı itibare alırsak, Pn. P. nin orta lob ve lingula kaviteileri üzerinde de faydalı bir tesir icra ettiği kanaatine varırız.

Tedavi neticelerinin kaviteilerin cesametine göre tasnif ve mukayesesi :

Bu husustaki mukayeseli tetkikimizden kat'i esaslar istintaç edemedik. Filhakika küçük ve orta cesametteki kaviteilerin antibiyotik + Pn. P. kombinasyonu ile tedavi ile tedavisinden elde edilen umum salâh nisbetinin yalnız antibiyotik tedavisine kıyasla göstermiş olduğu üstünlük, umumî neticelerdeki Pn. P. lehine olan nisbeti pek geçmemiş, buna mukabil büyük kaviteilerde, tahminimiz hilâfına, yalnız antibiyotik tedavisinin, antibiyotik + Pn. P. kombinasyonu kadar müessir olduğu müşahade edilmiştir.

Netice: Pn. P. kaviteilerin statığı ve dranj bronşunun pozisyonu üzerine tesir kabiliyeti dolayısıyla akciğer Tüberkülozunun anti bakteriyellerle tedavisinde yardımcı olarak kullanılabilecek oldukça zararsız bir metottur. Yapmış olduğumuz tetkikler bize bu mekanik tesirin en çok üst lob apikal segment ve alt lob bazal segmentlerdeki kaviteiler üzerinde âşikâr olduğunu dolayısı ile Pn. P. nin bu lokalizasyondaki kaviteiler üzerinde kullanılmasının büyük faydalar sağlayacağını göstermiştir.

EKSTRA PERIOSTEAL PLOMBAJ VE LOBEKTOMİLERDEN SONRA AKCİĞER FONKSİYONLARINDA HUSULE GELEN DEĞİŞİKLİKLER [*]

Doç. Dr. Necdet MENEMENLİ * — Dr. John WORKMAN ***

GİRİŞ

Göğüs ameliyatlarının değerinin tayininde akciğer fonksiyonlarında husule gelen kaybın derecesi büyük ehemmiyet taşır. Bu sebeple bugün artık göğüs ameliyatları ile meşgul olan kliniklerin akciğer fonksiyonları hususunda geniş bilgiye sahip olması bir zarurettir. Her vak'ada akciğer fonksiyonlarının bilinmesi, ameliyat indikasyonlarının tayininde olduğu kadar, bazı vak'alarda ameliyatın muvaffakiyetle neticelenmesine rağmen husule gelen teneffüs sistemi malûliyetlerinin önlenmesi bakımından da büyük rol oynar.

Eugün torakoplasti ve rezeksiyon gibi klasikleşmiş göğüs ameliyatlarının akciğer fonksiyonları üzerindeki tesirleri hakkında birçok neşriyat yapılmıştır. Bu mevzudaki literatürü kısaca gözden geçirelim:

Bu güne kadar ekstra periosteal plombarın akciğer fonksiyonları üzerinde tevhit ettiği değişmeler hakkında vazih bir neşriyata rastlayamadık. (1). Bu makalenin gayesi ekstra periosteal plombar yapılmış bir miktar akciğer tüberkülozu vak'asında akciğer fonksiyonlarında görülen, ameliyat öncesi ve sonrası, değişiklikleri lobektomi yapılmış vak'alarda görülen fonksiyon değişimleri ile mukayeseli şekilde bildirmektir.

Torakoplasti

Torakoplastiyi müteakip akciğer fonksiyon testlerinde, maksimal teneffüs kapasitesi (M.T.K.) bakımından, altı veya daha az kotun çıkarılmasından sonra % 13 - 20, yedi veya daha fazla kotun çıkarılmasın-

* Bu çalışma Western North Carolina Sanatoryumunda yapılmış ve ilk neticeleri yıllık sanatoryumlar arası toplantıda tebliğ edilmiştir.

** Ank. Tıp Fak. Göğüs Hast. Kliniği Doçenti.

*** Western North Carolina Sanatorium Staff Physician.

dan sonra % 20 - 40 kadar bir azalma görüldüğü bildirilmektedir. (2,5). Daha geniş torakoplastilerde bu azalmanın daha da artacağı tabiidir. Mamafi, M. T. K. nin azalması ile çıkarılan kot adedi arasında yakın bir münasebet bulunamamıştır (2, 4, 6. Torakoplastilerde vital kapasitede de (V.K.) azalma görülmektedir. Vasati olarak V.K. deki düşme çıkarılan kot adedi ile mepsuten mütenasıptir. Skolyoz, sağlam akciğer kısımlarının atelektazisi ve diafragma paralizisi gibi torakoplastilerden sonra husule gelen komplikasyonlar akciğer fonksiyonlarındaki azalmayı daha da artırmaktadır (3, 7). Torakoplastilerden sonra gittikçe artırılan fasialarla yapılan fonksiyon testleri teneffüs kapasitesinde iyiye doğru bir gelişme olduğunu göstermiştir (9, 11). Torakoplasti vak'alarında yapılan bronkspirometrik tetkikler ameliyat yapılan tarafta oksijen alımı, V.K. ve teneffüs havası ile birlikte fonksiyonda umumî bir azalma olduğunu göstermektedir (2, 4).

Akciğer Rezeksiyonları

Rezeksiyonu müteakip akciğer fonksiyonlarında husule gelen düşmenin umumiyetle torakoplastinin sebep olduğundan daha az olduğu görülmüştür. Kelley ve Pecora (10) akciğer tüberkülozunda ilk olarak yaptıkları 107 rezeksiyon vak'asından 41 nede ameliyattan önce ve sonra yaptıkları fonksiyon tetkikleri ile, çıkarılan segment adedi ile M.T.K. deki azalma arasında nisbeten kati bir münasebet bulabildiklerini ümit etmişlerdir, fakat neticelerin tetkiki böyle bir münasebeti göstermekten çok uzak olarak bulunmuştur. Mamafi, 3 veya daha az segmentin rezeksiyonundan sonra M.T.K. nin ekseriya aynı kaldığına ve hattâ aşıkâr bir artma gösterdiğine dair umumî bir kanaat vardır. 4 veya daha fazla segmentin çıkarılması ile M.T.K. de kati bir azalış olacağı birçok müellif tarafından bildirilmektedir.

Smith, Siebens ve Storey (II) post - operatif komplikasyonların çok defa akciğer fonksiyonlarındaki azalmayı artırdığını bildirmektedirler. Taylor, Petter ve Whittenberger (12) 3-7 segment rezeksiyonundan sonra ortalama olarak M.T.K. de % 15 kadar bir düşme olacağına işaret etmektedirler. Mamafi, müellifler, çıkarılma segment adedi ile bir münasebet göstermeden, V.K. deki azalmayı, şayanı hayret bir şekilde, bütün vak'alarda % 20 olarak tesbit etmişlerdir. Rezeksiyonlardan sonra görülen V.K. deki bu düşmeyi «torakotomi tesirine» atfetmekte ve bu tesirin rezeksiyon neticesi husule gelen V.K. azalmasından daha fazla olmak dolayısıyla, akciğer nescinin çıkarılması ile meydana gelen ve daha az olan V.K. azalmasını maskeleyeceğini bildirmektedirler (11, 12).

Gaensler arkadaşları (5) birçok müellif tarafından ileri sürülen mahdut rezeksiyonlardan sonra akciğer fonksiyonlarında görülen artışı, kendilerine ait 460 vak'adan sadece 3 vak'ada gördüklerini ve bu şekilde rezeksiyonlardan sonra husule gelen fonksiyon artışının, atelektatik sağlam akciğer kısımlarının reasasyonu, plevrada toplanan hava veya mayin rezorbsiyonu veya pnömonik infiltrasyonların rezolüsyonu gibi faktörlerle izah edilebileceğini bildirmektedirler. Gene aynı müellifler ameliyatlardan önce fonksiyon testleri esnasında hasta hekim işbirliğinin iyi olmayışı ve hastanın alışıktı olmadığı bir teste tâbi olması sebebiyle ilk neticelerin düşük oluşu, ameliyatlardan sonra ise hastalığın yani tokseminin bertaraf edilmiş olması ve hastanın ambulatuvar devreye girmesi ile adeli kudretini tekrar kazanması gibi izah şekillerinin (4, 7) kabul edilemeyeceğine işaret etmektedirler.

Daha yeni yapılan neşriyatta pre ve post operatif fonksiyon testleri neticelerinin tahlilinde daha dikkatli davranıldığı görülmektedir. Neticelerden mana çıkarılırken istatistiğe daha fazla yer verilmesinin bunda tesiri olmaktadır. Landis ve Weisel (4) torakoplasti ve rezeksiyon vak'alarında fonksiyon bulgularını münakaşa ederken şöyle demektedirler «muhtelif çalışmalarda vak'aların tek tek tahlilleri fonksiyon kaybında bir insicam göstermeden dağınık bir fikir vermektedir bu sebeple vak'aların gurup halinde incelenmesi kati bir netice olarak kabul edilemez». Smith ve arkadaşları (II) da «her ne kadar kullandığımız methodlar hasta - hekim işbirliğine istinad eden ve bu sebeple hastalara müsait olan usuller iseler de, fazla miktarda hasta üzerinde tatbik edildiğinde elde edilen neticeler hakikatin bulunmasında makul bir esas teşkil edebilirler.»

Materyel ve Metot

Klinik Materyel : Klinik vak'alarımız, Mayıs 1954 ile Ocak 1956 tarihleri arasında Western North Carolina Sanatoryumunda, 20 sinde ekstra periostal polysten plombaj (E.P.P.) 50 sinde lobektomi tatbik edilmiş, 70 akciğer tüberkülozundan ibarettir.

E.P.P. vak'aları daha ziyade, muhtelif sebeplerle diğer cerrahi usulleri tatbik edilemeyen müdahale riski yüksek hastalar arasından seçilmiştir. Bunların çoğunda esasen ameliyattan önce teneffüs rezervinde ileri derecede bir azalma mevcut idi. Bu şekilde E.P.P. tatbik edilen hastaların yaş vasatısı 43.8 (20 - 56 yaş arası) dır. Bu grupta hiçbir post-operatif komplikasyon görülmemiştir. Geri kalan 50 hastada tek taraflı lobektomi tatbik edilmiş ve pekaz vak'ada 2 lob çıkarılmıştır. Bu grupta yaş vasatısı 34.0 (15 - 57 yaş arası) dır (1 ve 2 inci tablolara ba-

kiniz). Post-operatif komplikasyon gösterenler bu gruptan çıkarılmışlardır.

MAKSİMAL TENEFFÜS KAPASİTESİ

Vital Kapasite

Has- ta No.	Plom- baj	Am. önce Litre	Am. sonra Litre	Az. Çoğ.		Am. önce Litre	Am. sonra Litre	Az. Çoğ.	
				Litre	%			Litre	%
1	Sg.	70	61	- 9	13	3,90	3,20	- 70	18
2	Sg.	60	67	+ 9	12	3,10	2,60	+ 50	16
3	Sg.	87	75	- 13	15	2,90	2,50	- 40	14
4	Sl.	57	100	+ 43	75	3,00	3,00	- 40	12
5	Sg.	73	68	- 5	7	3,70	3,60	- 10	3
6	Sg.	35	48	+ 13	37	2,50	2,60	+ 10	4
7	Sl.	51	71	+ 20	39	2,50	2,40	- 10	4
8	Sg.	36	54	+ 18	50	1,10	2,80	+ 170	155
9	Sg.	29	29	0		1,30	1,00	- 30	23
10	Sg.	44	35	- 9	20	2,50	1,50	- 100	40
11	Sl.	57	59	+ 2	3,5	2,30	2,00	- 30	13
12	Sg.	59	76	+ 17	29	1,80	2,30	+ 50	28
13	Sg.	52	52	0		2,70	2,50	- 20	7
14	Sg.	39	26	- 3	8	1,50	0,50	- 100	60
15	Sl.	55	87	+ 32	58	3,10	2,50	- 60	19
16	Sg.	46	50	+ 4	9	1,80	1,80	0	0
17	Sl.	48	42	- 6	12,5	2,70	1,80	90	33
18	Sl.	58	65	- 7	12	2,20	2,60	+ 40	18
19	Sl.	41	59	+ 18	44	2,00	1,80	- 20	10
20	Sl.	46	61	+ 15	32	1,70	1,50	- 10	5

TABLO : Ekstrin - periosteal plombajda ameliyattan önce ve sonra Akciğer fonksiyonları neticeleri.

Az. = Azaltma

Çoğ. = Çoğalma

Lt. = Litre

Sg. = Sağ

Sl. = Sol

AKCİĞER FONKSİYONLARI

Maksimal Teneffüs Kapasitesi

Vital Kapasite

Has- ta No.	Lobektomi	Am. önce Lt.	Am. sonra Lt.	Az. Çoğ.		Am. önce Lt.	Am. sonra Lt.	Az. Çoğ.	
				cc.	%			Lt.	%
1	SgÜL	50	63	+ 13	26	1,50	1,70	+ 20	13
2	SgÜ-SgOL	99	75	- 24	24	3,50	2,90	- 60	17
3	SlÜL	75	71	- 4	5	2,50	2,30	- 20	8
4	SgÜL	65	71	+ 6	9	1,70	1,50	- 20	12
5	SlÜL	83	73	- 10	8	2,60	2,30	- 30	11,5
6	SgÜL	63	52	- 11	17	1,90	1,50	- 40	21
7	SgÜL	48	36	- 12	25	1,90	1,90	0	0
8	SgÜL	74	57	- 17	23	4,00	2,50	- 150	38
9	SgÜL	81	119	+ 38	47	4,50	4,30	- 20	44
10	SlÜL	56	58	+ 2	4	2,30	1,30	- 90	41
11	SgÜL	35	73	- 62	48	2,90	2,90	0	0
12	SgÜL	125	124	- 1	1	4,20	3,80	- 40	9,5
13	SgÜL	55	86	+ 31	56	2,50	3,30	+ 80	32
14	SgAL	59	52	- 7	12	1,70	1,70	0	0
15	SgA-SgOL	58	56	+ 2	3,5	1,80	1,20	- 60	33
16	SgÜL	48	63	+ 15	31	1,80	1,70	- 10	6
17	SgÜL	68	69	+ 1	1,5	2,70	2,00	- 70	26
18	SlAL	67	59	- 8	12	4,00	2,70	- 130	32,5
19	SlÜL	65	69	+ 4	14	1,80	2,10	+ 30	17
20	SgÜL	80	61	- 19	24	1,80	2,30	+ 50	28
21	SgÜL	84	73	- 11	13	2,30	2,50	+ 20	29
22	SlÜL	82	61	- 21	25	1,70	1,20	- 50	9
23	SlÜL	84	63	- 21	25	2,00	1,30	- 70	38
24	SlÜL	46	42	- 6	13	3,10	2,70	- 40	13
25	SlÜL	68	43	- 25	37	3,60	2,50	- 110	31
26	SgÜL	89	85	- 4	4,5	5,60	5,20	- 40	7
27	SlÜL	73	45	- 28	38	2,50	1,80	- 70	31
28	SlÜL	29	18	- 11	38	1,20	1,10	- 10	8
29	SlÜL	62	71	+ 9	14,5	2,80	2,90	+ 10	4
30	SgÜL	96	95	- 1		3,20	3,00	- 20	6
31	SgÜ-SgO	54	48	- 6	1	2,30	1,40	- 90	39
32	SlÜL	44	51	+ 7	11	???	2,90	- 120	29
33	SgÜL	135	139	+ 4	16	???	???	- 70	13,5

Tablo : 2 nin devamı

Maksimal Teneffüs Kapasitesi

Vital Kapasite

Hasta No.	Lobektomi	Am. önce	Am. sonra Lt.	Az. Çoğ.		Am. önce Lt.	Am. sonra Lt.	Az. Çoğ.	
				Lt.	%			cc.	%
34	SgÜL	29	28	- 1	3,5	1,30	1,20	- 10	8
35	SIÜL	43	46	+ 3	7	1,50	1,60	+ 10	7
36	SIÜL	36	44	+ 8	22	1,70	1,60	- 10	6
37	SgÜL	53	39	- 14	35	1,60	1,60	0	0
38	SIÜL	83	87	+ 4	5	2,00	2,00	0	0
39	SIAL	37	50	+ 13	35	1,50	1,50	0	0
40	SgÜL	74	42	- 32	46	4,40	3,50	- 90	20
41	SgÜL	60	53	- 7	12	3,10	2,00	- 110	35
42	SgÜL	35	41	6	17	2,90	2,20	- 70	24
43	SIAL Lin.	46	43	- 5	13	1,40	1,40	0	0
44	SgÜ SgOL	42	49	+ 7	17	2,40	1,50	- 90	31
45	SgÜL	33	37	+ 4	12	1,80	1,20	- 60	33
46	SIÜL	35	37	+ 2	6	2,30	1,70	- 60	26
47	SIÜL	35	31	- 4	11	2,00	1,20	- 80	40
48	SIÜL	141	121	- 20	14	4,50	3,00	- 150	33
49	SgÜ-SgAL	29	56	+ 27	93	2,70	2,80	+ 10	4
50	SgÜL	78	63	- 14	24	2,50	1,80	- 70	28

Tablo : 2 — Lobektomi yapılan hastalarda ameliyattan önce ve sonra akciğer fonksiyonları neticeleri.

Sl. = Sol
Sg. = Sağ
Ü = Üst
A = Alt
O = Orta
Lin = Lingula
L. = Lob

Metod :

Ameliyattan önce yapılan fonksiyon tetkiklerinde istirahat halinde V.K., M.T.K., dakika hacmi ve oksijen alımı tayin edilmiştir. Bu testler için 9 Lt. Colin spirometresi kullanılmıştır. Ayrıca gene bütün vak'alarda ameliyattan önce bronkspirometri yapılarak sağ ve sol tarafın ayrı ayrı V.K. ve oksijen alımı tayin edilmiştir. Sadece neticelerin şüpheli bulunduğu hallerde testler tekrarlanmıştır.

AKCİĞER FONKSİYONLARI

Ameliyat yapılmış tarafta bronkspirometrik

Vital Kapasite

Hasta No.	Plombaj	Am. Önce		Am. Sonra		Az. Çoğ.	
		cc.	%	cc.	%	cc.	%
1	Sg.	1360	40	1150	44	- 100	+ 4
2	Sg.	770	82	1150	68	+ 780	- 14
3	Sg.	400	26	860	48	+ 460	+ 22
4	Sl.	1100	39	900	31	- 200	- 8
5	Sg.	1980	52	1460	45	- 520	- 7
6	Sg.	1300	81	1950	82	+ 650	+ 1
7	Sl.	755	35	460	19	- 295	- 16
8	Sg.	3000	74	1350	62	- 1650	- 12
	Sg.	360	31	310	30	- 50	- 1
10	Sg.	1000	50	1000	50	0	0

Tablo : 3 — Ekstra periosteal plombaj yapılmış hastalarda ameliyat yapılan tarafta bronkspirometrik vital kapasite neticeleri.

Ameliyat yapılan tarafta Bronkspirometrik vital kapasite

Hasta No.	Lobektomi	Ameliyattan önce		Ameliyattan sonra		Azalma veya artma	
		cc.	%	cc.	%	cc.	%
1	SgÜL	890	42	380	29	- 510	- 13
2	Sg-SOL	1590	54	1070	42	- 520	- 12
3	SIÜL	840	38	525	34	- 315	- 4
4	SgÜL	1150	50	340	21	- 810	- 29
5	SIÜL	1280	45	680	37	- 600	- 8
6	SgÜL	1000	50	670	48	- 330	- 2
7	SgÜL	880	53	500	40	- 380	- 13
8	SgÜL	1550	50	735	33	- 815	- 17
9	SgÜL	1300	45	1800	52	+ 500	- 7
10	SIÜL	450	30	420	30	- 30	0
11	SgÜL	1470	50	1240	46	- 240	- 4
12	SgÜL	1800	50	1520	45	- 280	- 5

Tablo : 4 — Lobektomi yapılan hastalarda bronkspirometrik vital kapasite neticeleri.

Sg. = sağ Sl. = sol ü. = üst o. = orta L. = lob

Post operatif olarak 10 plombaj ve 12 lobektomi vak'asında bronkspirometri yapılmıştır.

Neticeler :

Pre ve post operatif bulguların karşılaştırılması ile görülen değişiklikler 1 ve 2 inci tablolarda gösterilmiştir. Bronkspirometri neticeleri de 3 ve 4 üncü tablolarda görülmektedir. Yalnız oksijen alımı neticeleri tatminkâr olmadığı için bu tablolardan çıkarılmış ve sadece V.K. bulguları kaydedilmiştir (5 ve 6 ncı tablolara bakınız).

Bizim vak'alarımızda da diğer birçok müellifin neşriyatına uygun olarak bir kısmında post operatif fonksiyon bulgularında ameliyat öncesi kıymetlere nazaran bir iyileşme görülmüştür (tablo 7).

Ameliyat	Fonksiyon	Ameliyat-tan önce	Ameliyat-tan sonra	Değişme
Lobektomi 50 hasta	M. T. K. Litre	66	59	- 7 Litre
	V. K. cc	2650	2220	- 430 cc
	Bronkspirometrik V. K. cc	1180	830	- 350 cc
Plombaj 20 hasta	M. T. K. Litre	52	59	+ 7
	V. K. cc	2460	2220	- 240
	Bronkspirometrik cc	1300	1100	- 200

Tablo : 5 — Lobektomi ve plombajdan önce ve sonra ortalama akciğer fonksiyonları.

AKCİĞER FONKSİYONLARI

		Maksimal Teneffüs Kapasitesi			Vital Kapasite		
Ameliyat	Fonksiyon	Hasta	Litre	%	Hasta	cc.	%
Lobektomi		13	1 — 10	1 — 13	8	1 — 20	6 — 44
		9	11 — 20	13 — 38	5	21 — 40	7 — 21
		5	21 — 30	24 — 38	5	41 — 60	17 — 33
		2	31	46 — 48	17	60	13 — 41
50 hasta	Artma	15	1 — 10	2 — 22	5	1 — 20	4 — 13
		3	11 — 20	26 — 35	1	21 — 40	17
		1	21 — 30	93	1		28
		2	31	47 — 56	1	60	32
	Aynı				7		
Plombaj	Azalma	6	1 — 10	7 — 20	5	1 — 20	3 — 10
		1	11 — 20	15	4	21 — 40	12 — 13
					1	41 — 60	19
					4	60	18 — 60
20 hasta	Artma	3	1 — 10	4 — 10	5	1 — 20	
		6	11 — 20	32 — 50	1	21 — 40	18
		/	21 — 30	/	2	41 — 60	16 — 28
		2	31	58 — 75	1	60	155
	Aynı	2			1		

Tablo : 6 — Hasta adedine göre akciğer fonksiyonlarındaki azalma veya artma.

Ameliyat M. T. K. V. K. Bronkspirometrik V. K.

	Azalma %	Artma %	Azalma %	Artma %	Azalma %	Artma %
Lobektomi	58	42	70	16	91	9
Plombaj	35	55	70	25	60	40

Tablo : 7 — Hastaların yüzdesi bakımından neticelerin mukayesesi .

Münakaşa

Her iki müdahale şeklinde (lobektomi ve plombaj) akciğer fonksiyonlarındaki değişiklik ortalaması, yüzde kıymetleri itibarıyla aşağıdaki şekilde bulunmuştur :

Ameliyat	Azalma		Artma	
	M. T. K.	V. K.	M. T. K.	V. K.
Lob.	% 10	% 17		/
E. P. P.	/	% 8,5	% 13,5	/

Yalnız burada şunu belirtmemiz doğru olur kanaatindeyiz. Her iki müdahale şeklinde elde etmiş olduğumuz bu rakamlar kabaca elde edilmiş istatistik neticelerinden ibarettir. Bu sebeple kati bir netice olarak kabul etmek biraz müşkildir. Bu şekilde düşünmemizde, her iki müdahale şeklinde vak'aların teker teker incelenmesinde büyük tehavvüller görülmesi ve vak'a adedinin nisbeten az olması büyük rol oynamıştır. Bundan dolayı yukarıdaki cetvelde görülen rakamlar, kati bir netice olmaktan ziyade, her iki müdahale şeklinin akciğer fonksiyonları üzerindeki tesirleri bakımından takribi bir fikir vermektedir. Mamafih elde edilen bu rakamlar başka müelliflerin E.P.P. hakkında «Function Sparing» (fonksiyon koruyan) diye ifade ettikleri (5) kanaatlarını teyid etmektedir. Yalnız yazımızın başında da belirttiğimiz gibi plombaj vak'alarımız daha ziyade diğer müdahale şekillerine uygun olmayan riski yüksek «far advanced» hastalardan müteşekkildir. Bu sebeple esasen ameliyattan önce ilerlemiş hastalıkları tesiriyle akciğer fonksiyonları bakımından azami kayba uğramış vak'alardır. Plombaj tatbik edilen kısımda torakotominin tesiri hariç, bizzat plombun tesiriyle fonksiyonu kaybedilecek normal bir akciğer nesci çok defa yoktur. Halbuki lobektomi vak'alarında rezeksiyonla normal fonksiyon gösteren sağlam akciğer kısımları da zaruri olarak çıkarılmaktadır. Binaenaleyh yukarıdaki rakamlar üzerinde bunun büyük tesiri olduğu kanaatindeyiz. Elde edilen bu rakamlar kati netice olmamakla beraber şüphesiz plombajın lehinedir.

Plombaj vak'alarının bir kısmında ameliyattan 6 ay sonra tekrarladığımız fonksiyon testlerinde 3 ay sonra yapılanlara nazaran bir fark göremedik. Gaensler ve arkadaşları (5) Plombaj vak'alarında ameliyattan 6 ay sonra yapılan fonksiyon testlerinin torakoplastilerden sonra görülen seviyeye düştüğünü bildirmektedirler.

Bu yazımızda, daha henüz münakaşalı olan (13. 14) E.P.P. ın klinik değeri hakkında münakaşaya girmekten bilhassa kaçındık ve elde ettiğimiz bulguları objektif olarak belirtmekle iktifa ettik. Mamafih, akciğer tüberkülozu tedavisinde bu müdahale şeklinin klinik bakımdan faydalı olduğu hakkında bir kanaata varıldığı takdirde, akciğer fonksiyonlarına daha az tesir etmesi bu müdahale şeklinin lehine olacak ve ameliyat riski fazla olan ilerlemiş vak'alarda elimizde kıymetli bir silâh geçmiş olacaktır.

NETİCE

1 — 50 lobektomi ve 20 ekstra periostal plombaj (E.P.P.) yapılmış 70 akciğer tüberkülozu vak'asında ameliyattan önce ve sonra yapılan teneffüs fonksiyon testlerinin ve bronkspirometrik testlerinde şu neticeler bulunmuş.

2 — Literatür tetkiki torakoplastilerde maksimal teneffüs kapasitesinde ortalama olarak, 6 veya daha az kot çıkarılmasından sonra % 13 - 20, 6 veya daha fazla kot çıkarılmasından sonra % 20 - 40 bir azalma olacağını göstermektedir. Buna mukabil 3 veya daha az segment rezeksiyonundan sonra akciğer fonksiyonlarında ya hiç azalma olmamakta veya artma görülmektedir. 3 segmentten fazla rezeksiyon yapıldığında M.T.K. de % 15 kadar bir azalma olmaktadır.

3 — 3 - 6 segment rezeksiyonu yapılan 50 lobektomi vak'alarımızda ortalama olarak M.T.K. de % 10, V.K. de % 17 azalma görülmüştür.

4 — E.P.P. vak'alarımızda M.T.K. de ortalama olarak % 13,5 bir artış, V.K. de % 8,5 bir azalış tesbit edilmiştir.

5 — Elde ettiğimiz rakamlar kati bir netice olmayıp, her iki müdahale şeklinin akciğer fonksiyonları üzerindeki tesirlerini takribi olarak gösterdikleri kabul edilmekle beraber, E.P.P. plombajın «fonksiyon koruyan» bir müdahale şekli olduğuna kanaat getirdik.

LİTERATÜR

- (1) Bing, J.: Use of plastics in surgery, Acta Chir; Scand; 1950, 100, 293.
- (2) Leiner, C.C.: Spirometric and bronchospinometric studeis in thoracoplasty. Amer. Rev. Tuberc., 1946, 53, 195.

- (3) Woodroff, W., Merkel, C.G; and Wright, G. W. : Decisions in thoracic surgery as influenced by knowledge of pulmonary physiology, *J. Thoracic Surg.*, 1953, 26, 156.
- (4) Landis, F.B., and Weisel, W. : Comparative study of pulmonary function loss: Thoracoplasty versus small resection in surgery of tuberculosis, *J. Thoracic Surg.*, 1954, 27, 336.
- (5) Gaensler, E. A., Gugeli, D. W., Mindgren, L., Verstraeten, J., Smith, S., and Streider, J. W. : The role of pulmonary insufficiency in mortality and invalidism following surgery for pulmonary tuberculosis, *J. Thoracic Surg.* 1955, 29, 163.
- (6) Courmand, A., and Richards, D. W. : Pulmonary insufficiency (II) : The effects of various types of collapse therapy upon cardiopulmonary function, *Amer. Rev. Tuberc.*, 1941, 44, 123.
- (7) Wright, G. W., and Woodruff, W. W. : The effect of surgical collapse on pulmonary function, *Nat. Tuberc. A. Tr.*, 1944, 40, 66.
- (8) Birath, G., Grafoord, C., and Rudstrom, P. : Pulmonary function after pneumonectomy and lobectomy, *J. Thoracic Surg.*, 1947, 16, 492.
- (9) Patton, W. E., Watson, T. R., Jr., and Gaensler, E. A. : Pulmonary function before, and at intervals, after surgical decortication of the lung, *Surg, Gyn, Obst.*, 1952, 95, 47.
- (10) Kelley, W. O., and Pecora, D. V. : Resection in pulmonary tuberculosis, *J. Thoracic Surg.*, 1952, 24, 510.
- (11) Smith, G. A., Siebens, A. A., and Storey, C. F. : Preoperative and postoperative cardiopulmonary function studies with bronchiectasis, *Amer. Rev. Tuberc.*, 1954, 69, 869.
- (12) Taylor, W. J., Petter, J. E., and Whittenberger, J. L. : Pulmonary function before and after resection of tuberculous lung segments, *Amer. Rev. Tuberc.* 1955, 72, 453.
- (13) Jackson, C. A., and Mc Cann, J. J. : Extraperiosteal apicolysis with plombage, *Tuberc.* 1956, 37, 36.
- (14) *Anatation Lancet*, 1956, 1, 6 - 20.



STREPTOMYCİN KULLANMAKLA HUSULE GELEN İŞİTME KAYIPLARI

Dr Nusret KARASU [*] — Dr. Şemsettin KAYA [**]

Streptomycin kullanmakla husule gelen işitme arızalarını tespit için Kliniğimizde muntazaman 1955 yılı Ekim ayındanberi Odiometrik muayene yapılmaktadır. Bu muayeneler arasında Kulak Mütahassıslarınca sağlam bulunmuş ve en az 40 gr. Streptomycin kullanmış bulunan 53 hasta seçilerek ayrıca tetkik edilmiştir.

Streptomycin tuzları arasında bir tefrik yapılamamıştır.

Kullanılan Odiometre The Maico Co. U.S.A. firmasına ait olan mükemmel bir alettir.

Alette :

O - 10 Desibel DB şiddetindeki kayıplar nazarı dikkate alınmamış ve normal adedilmiştir.

11 — DB şiddetindeki kayıplar hafif

21 — 30 DB şiddetindeki kayıplar Orta

31 ve daha yukarı DB şiddetindeki kayıplar Ağır kayıp telâkki edilmiştir.

Odiogramlar çok sakin bir odada mükerrer ve kontrollu olarak alınmıştır. Her vak'ada her iki kulaktan bütün frekanslarda tetkik yapılmıştır.

35 hasta 30 yaşından aşağı

11 hasta 30 — 39 yaşlar arasında

5 hasta 40 — 49 yaşlar arasında

2 hasta 50 yaştan yukarıdadır.

[*] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Profesörü.

[**] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Asistanı

30 yaşından aşağı hastalardan Odiogramı normal bulunan 22 vak'ada yapılan vasati Streptomycin miktarı 97, işitme kaybı bulunan 13 vak'da vasati Streptomycin miktarı 177 Gr. dir.

İşitme kaybı bulunan 13 vak'adır (% 37.1)

Yaşları 30 - 39 arasında bulunan vak'alardan 4 vak'ada % 36.3 işitme kaybı bulunmuştur. Sübjektif olarak işitme noksanından şikâyet eden yalnız 1 kişidir.

Ortalama kullanılan miktar :

İşitme kaybı olmayan 7 vak'ada vasati 85 gr.

İşitme kaybı olan 4 vak'ada vasati 153 gr. dir.

Yaşları 40 - 49 arasında bulunan 5 vak'ada vasati Streptomycin miktarı 129 gr. dir. 2 vak'ada Sübjektif işitme kaybı vardır.

Hepsinde az çok Odiogram teşevvüğü mevcuttur.

Yaşları 50 den yukarı bulunan 2 vak'ada kullanılan Streptomycin miktarı 60 gr. dir. Her ikisinde odiogram bozukluğu mevcut ise de yalnız birinde subjektif işitme kaybı vardır.

Vak'aların devamlı kontrolünden elde ettiğimiz neticeler şunlardır:

İşitme kayıpları (50 yaştan yukarı olanlar hariç) genel olarak 100 gr. mın üstünde Streptomycin kullananlarda görülmüştür. Buna rağmen bazı vak'alarda çok yüksek miktarlarla dahi bir şey görülmemiştir. (7 vak'a)

40 yaşından yukarı hastalarda işitme kaybı vasatısı daha gençlere nisbetle 2.5 - 3 misli yüksektir.

Umumiyetle işitme kayıpları ilâca devam edildikçe artmaktadır. (4 vak'a). İlâç kesilince eksilmemektedir. (2 vak'a).

Konuşma sesine karşı işitme kaybı bulunamamıştır. Bu sebeble subjektif şikâyeti olanlar cüzidir. 30 yaşından aşağı fısıltıya karşı cüzi kayıp % 15 vak'adadır. En yaşlı gurupta da bu nisbet % 50 yi geçmemektedir.

Odiometrik muayenelerde ise hiç şikâyeti bulunmayan vak'alarda dahi işitme organlarının zararı görülebilmektedir. Bu sebeple işitme organlarındaki zararın (konuşma ve fısıltı) ile muayene edildiği hallerde bir çok vak'alarda muahhar sağırılıkların önüne geçilemez. Konuşma sesinde arızalar husule geldiği zaman süreç çok ilerlemiş olur .

Sağırılıkları önlemek için yüksek miktarda Streptomycin kullanılan Veremli hastalarda Odimetrik muayenelerin rutin muayeneler haline gelmesi faydalıdır. Bu muayenenin tekniği gayet basit olmasına mukabil neticeleri çok ehemmiyetlidir. Bu gün için Kliniğimizde tetkik ettiğimiz vak'alar arasında Streptomycin ile husule gelmiş ve konuşma seslerini duymada tegayyürle müterafık bir vak'a bulunamamıştır.

—oOo—

GEBELİK İLE İHTİLÂT EDEN TÜBERKÜLOZ VAKALARINDA TEDAVİ [*]

Dr. Ali İhsan BALIM — Dr. Necdet BALCI

Materiel ve Metod : Hastahanemizde göğüs servisine son iki buçuk senede yatırılarak tedavileri yapılan dokuz gebe akciğer ve plevra TB musabı vakası tetkik edilmiştir. Bu dokuz vakadan beşi hastahanemizin kurulu bulunduğu Isparta bölgesinden, üçü Denizli bölgesinden birisi Kırşehirden olup birisi müstesna diğerleri çiftçi ve çobancılık gibi zirai işlerle iştigal eden köylü kadınlarıdır ve en yaşlısı otuz beş en genç 18 yaşlarında olmak üzere 18 ilâ 35 yaşları arasında yer almışlardır. Bu hastalar diğer gebe olmayan akciğer veremi musapları gibi ve aynı şartlar altında tedavi edilmişler ve tedavi neticeleri klinik bulgular, sedimentasyon kontrolü ve balgamda direkt ve teksif yoluyla B.K. kontrolü ve aylık göğüs radyografileri göz önüne alınarak değerlendirilmiştir. Tedaviden alınan neticelerde müessir olabilmeleri ve hastalığın seyrine tesir edebilmeleri muhtemel amiller aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

[*] Senirkent Göğüs Hastalıkları Hastahanesi.

TABLO : I

Adı Soyadı	Hastalığın başlangıcından Gebeliğe kadar geçen zaman	Hastalığın şekli ve derecesi
1. F. K.	Üç buçuk senedir hasta iken gebe kalıyor (42 ay)	Çok ilerlemiş, kronik, faal, unilateral, solda yaygın fibronodüler sırotik afet
2. F. Ş.	İki buçuk sene (30 ay)	Orta derecede ilerlemiş, kronik, faal unilateral, sağüst lopta kavi terafet
3. A. S.	Onbeş ay	Orta derecede ilerlemiş, unilateral kronik, solda yaygın fibronodüler ve kaviter afet.
4. M. Y.	Gebelikten beş ay sonra hastalık deklare olmuş (ilk ağrıların belirmesi)	Minimal akciğer (leiritis) TB Sağda apansmanlı pleurisiz
5. Z. U.	Gebelikten iki ay sonra hastalık deklare oluyor.	Çok ilerlemiş, faal, bilateral kronik, fibrokaviter afet
6. S. B.	Hastalık başladıktan dört ay sonra gebe kalıyor.	Çok ilerlemiş, faal, subakut, bilateral eksüdatifkaviter afet
7. E. K.	Hastalık başladıktan yirmi ay sonra gebelik tecrübe ediyor.	Çok ilerlemiş bilateral, fibronodüleratif afet
8. R. K.	Gebelik ile hastalık takriben aynı zamanda başlamış	Çok ilerlemiş bilateral fibronodüler afet
9. Ü. K.	Gebelik başlangıcından takriben dört ay sonra hastalık deklare oluyor.	Solda pyopneumothorax ve mediastin deviasyonu ile müterafik empyeme TB

TABLO : II A. — Tedaviden Alınan Neticelerin Analizi

Adı ve Soyadı	Hastanede kaldığı gün	Görüşülen Tedavi	Balgamda BK			İsaana sedimentasyonu mm.	
			Girişte	Bir ay sonra	Çıkışta	Girişte	Çıkışta
1. F. K.	120 gün	Günde GmXPAS ve 300 mgm. INAH ve haftada GmITSM	BK (+)	BK (-)	BK (-)	130	50
2. F. Ş.	108 gün	Yukarıdaki tertip kombine antibakteriyel tedavi	BK (-)	BK (-)	BK (-)	30	35
3. A. S.	235 gün	Aynı tertip antibakteriyel tedavi	BK (+)	BK (+)	BK (-)	22	47
4. M. Y.	38 gün	Aynı tertip tedavi	BK (-)	BK (-)	BK (-)	76	51
5. Z. U.	147 gün	Aynı tertip tedavi	BK (+)	BK (+)	BK (+)	32	10
6. S. B.	217 gün	Aynı tertip tedavi	BK (+)	BK (+)	BK (-)	130	20
7. E. K.	210 gün	Aynı tertip tedavi	BK (+)	BK (-)	BK (-)	37	3
8. R. K.	90 gün	Aynı tertip tedavi	BK (-)	BK (-)	BK (-)	44	65
9. Ü. K.	76 gün	Günde 300 mgm INH ve günde bir gram SM ve thoracentesis ile boşaltma ve lokal SM zerkleri (1 gm Sm ve 500.000 U Penicilline karışık) olarak plevra boşluğuna zerkedildi her boşaltmanın akabinde, haftada iki tahliye	BK (-)	BK (-)	BK (-)	125	100

TABLO : III B. — Tedaviden Alınan Neticelerin Analizi

Adı Soyadı	Radyolojik Kontrollerin Neticesi	Tarih artması	Gebeliğin Neticesi
1. F. K.	Soldaki irtişahlı âfet gerilemiştir.	13 Kg.	Hasta köyünde ihtilâtsiz doğum yapmıştır, emzirme ve çocuk bakımını kendisi yapmıştır.
2. F. Ş.	Sağ üst loptaki kavite daralmış fakat açık kalmış, perikaviter irtişah geri lenmiştir.	11 Kg.	Hasta doğumunu evinde ihtilâtsiz yapmıştır.
3. A. S.	Sol alt loptaki kavite kapanmış ve her iki taraftaki irtişah üçte iki nispetinde gerilemiştir.	11,5 Kg.	Hastahane normal doğum yapmış çocuğunu emzirme ve bakımına müsaa-de edilecek kadar düzelmiştir.
4. M. Y.	Sağdaki epansıman rezorbe olmuş minimal irtişah üçte iki gerilemiştir.	3 Kg.	Doğumunu ihtilâtsiz olarak köyünde yapmıştır, çocuğuna bakmış, emzirmiştir.
5. Z. U.	Soldaki kavite küçülmüş, bilateral irtişah sahaları yarıyariya temizlenmiştir.	4,5 Kg.	Hasta hastahane ihtilâtsiz doğum yapmış, fakat çocuk ayrılmış, anne tarafından bakımına müsaa-de edilmemiştir.
6. S. B.	Sol üst loptaki büyük kavite küçülmüş, iki taraflı küçük kaviteler görülmüş, eksüdatif irtişah dörtte üç nispetinde rezorbe olmuştur.	8,5 Kg.	Hastahane yatışının 87. nci günü doğum yapmış, doğumda fazla kan kaybı etmiş, 500 cc Macrodex verilmiş, çocuk anneden ayrılmıştır, hasta doğum sonu bir de Hepatit geçirmiştir.
7. E. K.	Sol üst loptadaki kaviteler görülmüş, hale gelmiş, irtişahlar gerilemiştir.	12 Kg.	Gayet normal doğum yapmış ve çocuğuna bakımına müsaa-de edilmiştir.
8. R. K.	İrtişahlı âfette bariz gerileme	6 Kg.	İhtilâtsiz doğum yaptı, çocuğuna bakımına müsaa-de edildi.
9. U. K.	Soldaki ampiyem daraldı, küçük bir sahaya münhasır hale geldi.	2 Kg.	Normal doğum yaptı, çocuğuna bakıyor.

Münakaşa : Gebeliğin tüberküloz seyrine gayri müsaid tesir ika ettiği, reaktivasyon disseminasyon ve nükslere sebebiyet verdiği hususunda ekseri müellifler mutabaktırlar (I). Bu fenalaştırıcı tesirin mihanikiyeti hakkında fikirler muhtelif ve mütenakıstır, ancak gebe bir hastaya foetus'a lüzumlu gıda maddelerinin, gerek kalorik ve gerekse rejeneratif değerleri fazla gıda unsurlarının ve minerallerin anneden çekilerek alınması, gebelik dolayısıyla metabolizmanın yükselmesi, yüklü uterusun devamlı genişleme ve ağırlaşması sebebi ile vaki mekanik yüklenme, emesis gravidarum ve buna bağlı beslenmede zorluklar, doğum ağırları ve doğum esnasında asgari üç yüz ila beş yüz Cc lik kan kaybı ve bazan çok daha fazla miktarlarda kan kaybı ve sair doğum ihtilâtları ve çocuk bakımının anneye tahmil ettiği bedeni yorgunluk ve manevî ezgi, uykusuzluk ve istirahatın selbedilmesi ve emzirlilik dolayısıyla vücuttan kıymetli gıda unsurlarının devamlı kaybı, bütün bu âmiller gebelik; doğum ve puerperiumda hasta organizmaya muazzam bir külfet tahmil etmektedir, işte bu amiller tüberkülozun seyrini fenalaştıracak hususlardır. Bunların yanında gebelikte vaki hormonal değişikliklerin ne derecede zararlı rol oynadığı henüz bütün vezahati ile ortaya konamamıştır. Gebelik esnasında kanın şimik terkinde vaki Hypercholesterolemia gibi değişikliklerin tüberkülozun seyrine muzır tesir yaptığı hipotezi ispat edilememiştir. İnandırıcı kaynakların verdiği istatistikler kadınlarda tüberküloz morbiditesinin 15 ila 30 yaşları arasında fazlaştığını ortaya koymaktadır, kadınlarda bu yaşlar arasında cinsi hayat en faal devresinde olup reproduction faaliyetleri, gebelik, düşük, doğum da yüzde seksen seksen yedi nispetinde bu çağda vaki olmaktadır, buna nazaran gebelik ile tüberküloz morbiditesi arasında bir sıkı münasebet olması icap eder. Ancak lüzumlu istirahat, iyi gıda ve bakım temin edildiği takdirde gebe olan veremlilerin de en az diğer veremliler kadar vereme mukavemet gösterdikleri de ötedenberi bilinen bir husustur. Demek oluyor ki veremin seyrine muzır tesir yapan amiller gebelik esnasında bertaraf edilirse gebe hasta tedaviye müsaid cevap verecektir. Netekim vakalarımızda sanatoryal tedaviye ilâveten yapılan antibakteriyel tedavi (kombine) ve bol protein ve karbonhidratlı ve vitaminlerden zengin diyet ile hastalarımız gebe olmayan hastalarla mukayese edilecek kadar tedaviye müsaid cevap vermişler ve doğumlarını sıkıntısız yapmışlardır. 6. cı vakamızdaki kanama ihtilâti superempoze olarak mevcut bir hepatitis halinin ihtilâti olarak alınabilir. Şurası muhakkaktır ki vakalarımız arasında gebeliğe atıf yapılabilecek bir şekilde hastalık seyrinde fenalaşma veya ihtilât (tüberküloz bakımından) zuhur etmemiştir ki bu bulgularımız literatür bilgilerimize tevafuk etmektedir (2, 3).

HÜLâsa : Antibakteriyel ilâçların tüberküloz tedavisi sahasına girmesi ile tüberküloz seyirinde gebelik veya gebelik ile ihtilâl etmiş tüberküloz hali artık eskiden olduğu gibi korkulacak bir durum yaratmamıştır, dikkatle takip ve tedavi edilen bir gebe tüberküloz hastası bir taraftan tedavi görür iyileşirken bir taraftan da normal doğum yapabilir ve gebelik hastalığı üzerine her hangi muzır bir tesir yapmayabilir.

LİTERATÜR

1. A. R. RICH; The Pathogenesis of Tuberculosis (second edition).
2. SCHAEFER G.; N. Y. ST. J. MED.; Clinical Management of the Pregnant Woman with Tuberculosis 1955, 55 (1189 1198).
3. PUGH D. L.; The relation of child bearing and childrearing to pulmonary tuberculosis BRIT. J. TUBERCL. 1955, 49, 3 (206 216).
4. OBMANN KI.; The influence of pregnancy on pulmonary tb; THIEME VERLAG (Leipzig) 1955.

—oOo—

TÜBERKÜLOZUN MEDİKAL TEDAVİ METOTLARININ

DEĞERİ, BU METOTLARLA TEDAVİDE MÜESSİR,

NÜKS VE GAYRİ MÜESSİR OLANLARIN

NİSBETLERİYLE BUNLARA TESİR EDEN FAKTÖRLER [*]

Dr. Haydar AKSÜĞÜR — Dr. Fehmi AKDAĞ — Dr. Mustafa KARABATI

Tüberküloz tedavisi, lezyonun anatomik görünüşüne, yaygınlığına, evölüsyon durumuna, nihayet hastanın iktisadi ve sosyal durumuna bağlı olarak hekimin takdiriyle muhtelif metotlarla yapılmaktadır.

Her metot bulunduğu devirlerde büyük akisler yapmış, büyük nisbette kullanılmış zamanla bunun iyilik ve mahzurları tebarüz ederek tedavideki hakiki değerini bulmuştur. Müteakip senelerde ortaya çıkan yeni

[*] Heybeliada ve P.T.T. Sanatoryumu çalışmalarından.

tedavi usulleriyle bu metotların değeri bu sefer mukayeseye matuf olarak tekrar değişmiştir. Bu şekilde tüberkülozun medikal tedavisinde pnömotoraks (1 ve 2 tarafı), pnömopertuvan ve antibiotiklerin bir birini takiben zuhuru ve birbirlerine olan tesirleriyle bu metotların endikasyonları ve kıymet dereceleri ilk zamanlara göre tamamen değişmiştir. Bizde bu değişikliği, bu metotların birbirlerine olan tesirleri içinde ve bu metotlara müessir faktörlerin tesir derecelerini de arayarak bir netice çıkarmaya çalıştık. Her şeyden evvel şunu söyleyeyimki tüberküloz tedavisinde sanatoryal kürün, istirahat ve gıda faktörünün rolü eskiden olduğu gibi aynı kıymet ve değeri taşımaktadır. Bu bakımdan bu faktörler üzerinde durmuyoruz. Bu çalışmamızı Heybeliada Sanatoryumuna 1950 - 1957 senelerinde mükerrer yatan hastalarla P.T.T. Sanatoryumuna 1952 - 1957 senelerinde yatan hastalardan müteşekkil (1) 1289 vak'alık bir gurubda yaptık.

Bu vak'alardan yalnız pnömotoraks ile tedavi edilen 48 kişi antibiotik almamış diğerleri muhtelif zamanlarda değişik miktarlarda streptomisin, P.A.S. ve İ.N.H. almışlardır. Bir hastanın medikal kollapsa tedavisinden evvel antibiotiklerle tedavisi, veya kollapsın tesis ve idamesinde antibiotik verilmesi veyahut antibiotik rezervinin, kalmayışından sonra kollapsın tesisi ilâh..... gibi antibiotiklerin kullanılış şekli ile kollapsın tesis ve idamesi arasındaki münasibetlerin o metoden müessir olup olmamasında büyük tesirleri olduğunu peşinen kabul etmek lâzımdır. Bu antibiotik tatbikatı şekilleriyle kollaps tesis ve idamesi arasındaki münasibetleri tetkike imkân bulamadık. Mamafî her metotta muvaffakiyet veya ademimuaffakiyete tesir eden bu karşılıklı faktörler aşağı yukarı aynı derecede mevcut bulunduğundan tedavi metotlarının mukayeseli tetkikinde büyük bir hataya düşülmemiş olunmaktadır.

Tedavi Metotlarının Lezyon şekli ile münasebeti :

Tetkik edilen 1289 kişilik hasta gurubundaki 50 kişilik iki taraflı pnömotoraksli hastanın 45 i gayri müessir, 1 si nükslü ancak 4 ü müessir olduğundan burada lezyon şekli ne olursa olsun vak'aların ekseri-

(1) Bu hastanın evsafı :

Heybeliada Sanatoryumunda : Tedavisi müessir olarak bitmiş	=	289
Tedavisi müessir olarak bitmiş		
Bir müddet sonra nüks etmiş	=	114
Tedavisi gayri müessir	=	773
P.T.T. Sanatoryumu ve hast. : Tedavisi müessir olarak bitmiş	=	97
Tedavisi müessir olarak bitmiş		
Bir müddet sonra nüks etmiş	=	16
Y e k ü n		1.289

sinde metotla bir netice alınamadığı görülmektedir. Ancak bazı bir taraflı mahdut vak'alarda hasta taraf pnömotoraks ile tedavi edilirken mukabil tarafta husule gelen yeni lezyon dolayısıyla o taraf için de pnömotoraks tesis edilen ve bu şekilde ikitaraflı pnömotoraksli olan vak'alarda bazen netice alındığı görülmektedir.

Lezyonun genişliği, Kavite durumu ile tedavi metotları arasındaki münasebeti :

Evvelâ tedavisi şifa ile biten, nüks gösteren, ve tedavisi gari müessir olan gurublarda tetkik edilecek ve elde edilen neticeler ayrıca pnömotoraks, pnömoperituvan ve yalnız antibiotiklerle tedavi edilen gurublardaki lezyon şekillerinde bulunan nisbetlerle karşılaştırılacaktır.

A — ŞİFA İLE NETİCELENMİŞ 380 VAK'ALIK GURUBDA (cetvel 1).

Total olarak neticeler şöyle olmuştur. Pnömotoraks ile elde edilen muvaffakiyetin % 20,7 olmasına mukabil bu nisbetler pnömoperituvanda % 38,3 antibiotiklerle tedavi edilenlerde ise % 39,8 olarak bulunmuştur. Görülüyorki umumi neticeler daha ziyade pnömoperituvanın ve eğer tam edikasyon varsa antibiotiklerle tedavinin lehinedir. Bu şifa ile neticelenen vak'alarından bir taraflı lezyonlu olanlarda en yüksek netice % 27,9 ile % 71,8 arasında değişmek üzere yalnız antibiotiklerle tedavi edilenlerde, en düşük netice de % 15,2 ile % 29,3 arasında değişmek üzere pnömotoraks ile tedavi edilenlerde görülmektedir. Lezyonu iki tarafta olanlarda ise bu nisbetler her iki metot ile tedavi edilenlerde bariz şekilde düşmektedir. Buna mukabil pnömoperituvanda bir tarafı hasta olanlarla iki taraflı hastalar arasındaki fark daha az olmak üzere ortalama % 40 ile % 50 arasında değişmektedir. Kaviteli vak'alarda, bilhassa mahdut lezyonlu hastalarda pnömoperituvana elde edilen şifa nisbeti % 42 ile % 55,1 arasında değişmek üzere pnömotoraksın bir kaç misli üstünde olarak görülmektedir.

Yalnız antibiotiklerle yapılan tedavide şifa nisbeti diğerlerinin bir misline yakın bir fazlalık göstermektedir. Kavitesiz vak'alarda ise en yüksek muvaffakiyet % 28,6 ile % 85,2 arasında değişmek üzere antibiotiklerle elde edilmiştir, bunu sırası ile pnömoperituvan ve en düşük bir nisbette de pnömotoraks takib etmektedir. Netice olarak diyebiliriz ki tedavisi şifa ile biten hastalarda aynı tib ve aynı genişlikteki lezyonlarda, kavitesiz vak'alarda en iyi netice sırası ile evvelâ antibiotiklerle sonra pnömoperituvana daha sonra pnömotoraks ile elde edilmiştir. Kaviteli vak'alarda ise en yüksek muvaffakiyet pnömoperituvana son-

ra antibiotiklerle ve en sonra pnömotoraks ile elde edildiği görülmektedir.

B — NÜKS GÖSTEREN VAK'ALARDA : (cetvel 2) Bu gurubda 130 vak'a tetkik edilmiştir. Total olarak en fazla nüksün % 36,9 la pnömotoraksda sonra sırası ile % 34,6 ile antibiotikle tedavi edilenlerde ve en az nüksün % 27,8 ile pnömoperituvanda olduğu görülmektedir. Fakat burada pnömotoraksın devrini bitirerek gözden düşmesi dolayısıyla bununla tedavi edilenlerin nüks için miktarı kâfi uzun zaman bulunduğunu, diğer metotlarda henüz bu kadar bir zamanın geçmediğini de hesaba katmak lâzımdır.

Nüks gösteren vak'aların lezyon durumlarına gelince : pnömoperituvan ve pnömotoraks ile tedavi edilenlerde, kavernli vak'alarda nüksler, kavernsizlere nazaran 3 - 4 misli fazla olmaktadır. Antibiotiklerle tedavi edilenlerde ise kavernli ve kavernsizler arasındaki nüks farkının daha az olduğu görülmektedir. Keza yaygın lezyonlarda nüks nisbeti mahdut lezyonlara nazaran her üç tedavi şeklinde de daha fazla olmaktadır.

C — TEDAVİSİ TESİRSİZ KALMIŞ 773 VAK'ALIK GURUBUN TETKİKİNDE İSE : (cetvel 3) muvaffakiyetsizlik nisbeti, pnömoperituvanda en fazla, pnömotoraksda daha az, antibiotiklerle tedavide en az olduğu görülmektedir. Buna sebep yalnız antibiotik verilen vak'aların çok iyi seçilmiş olması ve pnömoperituvanın ise çok suistimal edilmiş olmasıdır. Muvaffakiyetsizlik kavernli vak'alarda kavitesiz vak'alara nazaran 3 - 4 misli olmaktadır. Lezyonu yaygın, kaviteli vak'alarda muvaffakiyetsizlik en yüksek seviyede, mahdut lezyonlu kavitesiz vak'alarda ise en az derecededir.

D — LEZYON ŞEKLİ İLE TEDAVİNİN TESİR DERECESESİNİ AYRICA PNÖMOTORAKS İLE TEDAVİ EDİLMİŞ 404, PNÖMOPERİTUVANLA TEDAVİ EDİLMİŞ 569, YALNIZ ANTİBİYOTİKLERLE TEDAVİ EDİLMİŞ 226 HASTALIK GURUBLARDA ARAŞTIRDIK; VE BU TEDAVİ ŞEKİLLERİNDE LEZYONUN ŞİFA, NÜKS, TESİRSİZLİK ÜZERİNE OLAN TESİRİNİ TETKİK ETTİK : (cetvel 4)

Aynı tib ve aynı şekildeki dezyon gurublarında olmak üzere yalnız antibiotiklerle tedavi edilmiş vak'alarda en yüksek muvaffakiyet nisbeti, kavernsiz mahdut lezyonlu vak'alarda olmak ve sırası ile azalmak üzere kavernsiz yaygın, kavernli mahdut, kavernli yaygın vak'alarda görülmekte ve iki taraflı kaviteli vak'alarda muvaffakiyet en düşük nisbette bulunmaktadır. Bunun tamamen aksi hal yani iki taraflı yaygın kaviteli vak'alarda tedavinin en yüksek derecede tesirsiz kaldığı görülmektedir. Görülüyorki şifa, nüks ve gayri müessir tedavili gurublarda

elde edilen neticelerle bunlara müessir muhtelif tib lezyonların tesir derecesi ve şekli, pnömotoraks pnömoperituvan ve yalnız antibiotiklerle tedavi edilen gurublardaki nisbet ve faktörlere tamamen uymaktadır.

E — TEDAVİYE MÜESSİR DİĞER MÜHİM BİR FAKTÖR DE LEZYONUN YAŞIDIR. (1 numaralı cetvelde görüldüğü gibi) taze lezyonlarda şifayı temin eden en müessir tedavi metodu % 58,9 nisbetinde olmak üzere antibiotiklerle tedavi şeklidir. Sonra sırası ile % 32,9 nisbetinde bir muvaffakiyetle pnömoperituvan ve daha sonra % 8,2 nisbetiyle de pnömotoraksle tedavi gelmektedir. Eski ve yeni lezyonların beraber bulunduğu karışık tib lezyonlarda ise en iyi tedavi şekilleri % 30 - 40 muvaffakiyet nisbetiyle pnömoperituvan ve antibiotiklerle tedavidir. Lezyon ne kadar taze ise tedavide muvaffakiyet o nisbette yüksek olmakta, tedavide muvaffakiyetsizlik karışık tib lezyonlarda taze lezyonlara nazaran 8-9 misli fazla görülmektedir. Ve en fazla nükle karışık tib lezyonlarda olmaktadır.

NETİCE OLARAK DİYEİLİRİZ Kİ : umumiyetle tam endikasyonu olan vak'alarda en iyi tedavi şekli tetkiklerimize nazaran, şifa nisbetinin en yüksek olması, taze lezyonlu ve karışık lezyonlu tiblere en fazla müessir bulunması, tesirsizlik derecesinin en az oluşu ve nüks nisbetinin de pnömoperituvanla pnömotoraks arasında bulunuşu bakımından kombine antibiotiklerle tedavi teşkil etmektedir. Tabiatı ile burada hastanın gıda ve istirahat durumunun neticeler üzerine tesiri de büyük olmaktadır.

Bundan sonra kolapsı icab eden vak'alarda şifa nisbetinin daha yüksek olması, nüks nisbetinin en düşük olması, taze ve karışık tib lezyonlara daha müessir bulunması bakımından pnömoperituvanla pnömotoraksa tercih edilmesi icab edilmektedir. Eğer komplikasyonlarının hemen hemen olmayışında nazarı dikkate alınırsa bu rüçhaniyet dahada artar.

Endikasyon sahası suistimal edildiği zaman tabiatıyla muvaffakiyetsizlik nisbeti de artmaktadır.

TEDAVİ NETİCESİNE MÜESSİR BİR FAKTÖRDE, VAK'ALARIN HASTALIKLARININ BİDAYETİNDE, TEDAVİ MÜESSESELERİNE YATARAK HİÇ OLMAZSA KAVERN VE BASİLLERİNİN KAYBOLMASINA KADAR BU MÜESSESELERDE KALABİLMELE-RİDİR. Biz bu çalışmamızda ancak P.T.T. sanatoryumuna yatan hastalarımızda, vak'aların hastahanede yatma müddetinin uzaması nisbetinde tedavinin müessir olduğu, şifa nisbetinin yüksek ve nüks derecesinin düşük olduğunu tesbit edebildik.

HASTALARIN HASTAHANE SONRASI ANBULATUVAR TEDAVİ DURUMLARININ TEDAVİ METOTLARI İLE MÜNASEBETİ :

(cetvel 5 - 6) zaman zaman çalışıp zaman zaman istirahat eden gurubda şifa nisbeti, pnömoperituvanla tedavi edilenlerde bariz olan en yüksek bir nisbette olmuştur. Devamlı istirahat edenlerde ise, antibiotiklerle ve pnömoperituvanla tedavi edilenler hemen hemen aynı seviyede olmak üzere e nmuvaffakiyetli tedavi metotlarını teşkil etmektedirler. Devamlı çalışanlardaki netice antibiotiklerin lehine, pnömoperituvanın aleyhine büyük farklar göstermektedir ki biz bunu hastahanede tedavileri esnasında iyi olmuş ve basilsiz çıkmış vak'aların yalnız antibiotiklerle tedavi edilen gurubda ekseriyeti teşkil etmesi ihtimaline atfediyoruz. Keza devamlı çalışanlarla zaman zaman çalışanlarda nüks nisbeti çok yüksek olmakta buna mukabil devamlı istirahat edenlerde ise nüks pek az görülmektedir.

Sözlerime son verirken Heybeliada Sanatoryumunda 1950 senesinden 1958 senesine kadar geçen müddet zarfında pnömotoraks, pnömoperituva nve yalnız antibiotiklerle tedavi edilen hastaların adedlerinden bu tedavi metotlarının takib ettiği seyirleri arz edeceğim. (Cetvel 8) iki taraflı pnömotoraks 1950 senesinde en yüksek seviyede iken her sene düşe düşe 1954 senesinde tedavi sahasından çekilmiştir. Bir taraflı pnömotoraks 1950 senesinde en rağbette bir usul olarak en yüksek seviyede iken her sene düşe düşe 1953 de pnömoperituvanla aynı seviyeye inmiş 1957 de de ancak 3,5 vak'aya inhisar etmiştir. Pnömoperituvan ise 1950 de en düşük seviyede iken gittikçe arta arta 1953 de pnömotoraksle başbaşa olmuş, 1953 - 1954 de en yüksek seviyeye çıkmış sonra düşmeye başlayarak 1951 - 1952 seviyesindeki nisbete kadar inmiştir, ve bugün artık suistimal edilir durumdan çıkarak esas değerini almıştır. Yalnız antibiotiklerle tedavi, 1950 senesindeki değerini hemen hemen her sene aynen muhafaza etmektedir. Görüldüğü her tedavi metodu bidayette çok rağbet görmekte, aşırı derecede kullanılmakta ve zamanla yerini bulmaktadır.

TEDAVİSİ MÜESSİR 388 VAKADA

Muhtelif tedavi şekilleri ile Lezyon durumları arasında münasebet

	Her tedavi metodu- na göre vaka adedi ve yüzdesi	Evolüsyon derecesi		Her tip lezyondaki vaka adedi ve % de nisbeti	Lezyon durumu								Lezyon Tipi		
		Stabil	Evolütif		1 Tarafli				2 Tarafli				Taze	Eski	Karışık
					Mahdut	Yaygın	Mahdut	Kavernöz	Mahdut	Yaygın	Mahdut	Kavernöz			
Pnömotoraks	1 Tarafli Pnömo- toraks	43	37	Vaka adedi % nisbeti	15	35	7	10	4	7	—	2	7	10	63
	2 tarafli Pnömo- toraks	2	2	Vaka adedi % nisbeti	3	1	—	—	—	—	—	—	—	1	3
Pnömo-peritüvan		60	88	Vaka adedi % nisbeti	29	50	6	20	5	16	4	18	28	31	89
		148	154	Vaka adedi % nisbeti	43,1	42	13	47,6	41,6	55,1	14,8	40,9	32,9	40,7	39,5
Yalnız Antibiyotik		80	74	Vaka adedi % nisbeti	20	33	33	12	3	6	23	24	50	34	70
		154	154	Vaka adedi % nisbeti	29,7	27,9	71,8	28,6	25,1	17,4	85,2	54,6	58,9	44,9	31,3
Lezyon durumuna göre Umumi yekûn		185	201	% 100 e tekabül eden rakam	67	110	46	42	12	29	27	44	85	76	225

NÜKS GÖRÜLEN 130 VAKADA

Muhtelif tedavi şekillerinin Lezyon durumu ile münasebeti

	Her tedavi Metodu- na göre vaka adedi ve % nisbeti	Evolusyon derecesi		Her tip lezyondaki vaka adedi ve % nisbeti	L e z y o n D u r u m u								Lezyon tipi		
		Stabil	Evolütif		1 Tarafli				2 Tarafli				Taze	Eski	Karışık
					Mahdut	Yaygın	Mahdut	Yaygın	Mahdut	Yaygın	Mahdut	Yaygın			
Pneumotoraks	1 tarafli Pnömoto- raks	26	22	Vaka adedi % nisbeti	6	21	—	7	5	5	—	4	4	4	40
	2 Tarafli Pnömoto- raks	1	—	Vaka adedi % nisbeti	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Pneumoperitü- van		15	21	Vaka adedi % nisbeti	5	11	2	5	1	5	—	7	5	4	27
		36		Vaka adedi % nisbeti	33	26,1	18,1	25	12,5	41,6	—	31,8	26,3	25	28
Yalnız antibiotik		20	25	Vaka adedi % nisbeti	4	10	9	4	1	2	4	11	10	7	28
		45		Vaka adedi % nisbeti	27	23,9	81,9	31,3	12,5	16,8	100	50,1	52,7	43,8	29,5
Lezyon durumu- na göre umumi yekûn	—	45	68	% 100 e tekabül eden rakam	15	42	11	16	8	12	4	22	19	16	95

TEDAVISI GAYRI MÜESSİR 773 VAK'ADA
Muhtelif tedavi şekillerinin Lezyon durumu ile münasebeti

Pnömotoraks	Her tedavi Metodu- daki vaka adedi ve % nisbeti	Evolusyon derecesi	Her tip lezyondaki vaka adedi ve % nisbeti	Lezyon durumu								Lezyon Tipi		
				1 Tarafli				2 Tarafli				Taze	Eski	Karışık
				Kavernli	Kavernsiz	Kavernli	Kavernsiz	Kavernli	Kavernsiz	Kavernli	Kavernsiz			
1 tarafli Pnömo- toraks	35,7 276	134	142	Mahdut	Yaygın	Mahdut	Yaygın	Mahdut	Yaygın	Mahdut	Yaygın	32	46	198
2 tarafli Pnömo- toraks	5,9 45	14	31	—	—	—	—	16	—	25	—	2	16	27
Pnömo-peritu- van	44,8 385	146	239	50	112	16	18	50	40	85	25	25	57	303
Yalnız Antibiotik	6,6 67	14	53	8	18	3	7	6	14	14	5	10	17	40
Lezyon duru- muna göre				% 77	% 88	% 84	% 17,5	% 52,6	% 48,5	% 8,2	% 9,9	% 14,1	% 12,6	% 7,2
Umumi yekün	773	308	465	107	208	36	40	95	175	270	51	69	136	568
				% 100 e tekalül rakam										

HER TEDAVİ ŞEKLİNDE TEDAVİYE MÜESSİR FAKTÖRLER

Yalnız antibiyotik	Pnömo-peritüvan	1 tarafli pnömotoraks	LEZYON DURUMU								Lezyon tipi				
			1 tarafli				2 tarafli				Taze	Eski	Karışık		
			Kavernli		Kavernsiz		Kavernli		Kavernsiz						
			Mahdut	Yaygın	Mahdut	Yaygın	Mahdut	Yaygın	Mahdut	Yaygın					
266	569	404	80	Müessir	15 %21,4	35 %26,2	7 %29,2	10 %29,4	4 %12,5	7 %11,1	—	2 %7,4	7 %16,2	10 %16,6	63 %20,9
			48	Nüks	6 %8,6	21 %15,7	—	7 %20,5	5 %15,6	5 %7,9	—	4 %14,8	4 %9,3	4 %6,6	40 %13,2
			276	Gayri müessir	49 %70	77 %58,1	17 %50,1	17 %50,1	23 %71,9	51 %81	21 %77,5	21 %77,5	32 %77,5	46 %76,8	198 %65,9
			%100 e te- kabül eden rakam		70	133	24	34	32	63	21	27	43	60	301
			148	Müessir	29 %34,5	50 %28,9	6 %25	20 %28,7	5 %8,7	16 %18,8	4 %13,5	18 %32,1	28 %48,2	31 %33,6	89 %21,2
			36	Nüks	5 %5,9	11 %6,3	2 %4,1	5 %12,1	1 %2	5 %5,7	—	7 %12,5	5 %10,4	4 %7	27 %6,4
266	569	385	Gayri müessir	50 %59,6	112 %64,8	16 %70,9	16 %59,1	50 %89,3	85 %75,5	25 %36,5	31 %55,4	25 %41,4	57 %59,4	303 %72,4	
			%100 e te- kabül eden rakam		84	173	24	41	56	106	29	56	58	92	419
			154	Müessir	20 %62,5	33 %54	33 %73,3	12 %52,1	3 %30	6 %27,2	23 %71,8	24 %58,5	50 %71,6	34 %58,6	70 %50,1
			45	Nüks	4 %12,5	10 %16,3	9 %20	4 %17,3	1 %10	2 %9	4 %12,5	11 %26,8	10 %14,2	7 %11	28 %20,9
266	569	385	67	Gayri müessir	8 %25	18 %29,7	3 %6,7	7 %30,6	6 %60	14 %63,8	5 %15,7	6 %14,7	17 %14,2	40 %30,4	40 %21,2
			%100 e te- kabül eden rakam		32	61	45	23	10	22	32	41	70	58	138

CETVEL : 5

Tədavideki nəticələnən Həstəhanədə yatma müddəti, Ambulatoriə durum ilə münasibətlərini göstərir cədvəldir.

T E D A V İ S İ Ş İ F A İ L E B İ T E N L E R D E (3 8 6 V a k a d a)																
Vakə adədi	Her tēdavi sēk- lində vakə adədi ve % de nisbēti	Həstəhanədə yatma müddəti						Devam edən iyiliğin münasibəti						Ambulatoriə tēdavi		
		1 aya kadar	2 aya kadar	3 aya kadar	6 aya kadar	9 aya kadar	1 sənəyə kadar	Daha fəzla	6 aya kadar	6 - 12 aya kadar	2 ilə kadar	9 ilə kadar	Daha fəzla	Fəsiləli gəlişmiş	Devamli gəlişmiş	Devamli fəsiləli
80	Vakə adədi	9	8	9	24	4	16	10	—	16	27	17	20	58	16	6
	Yüzde nisbēti	%23	% 9,8	%10,1	%21,2	%17,3	%64	%62,5	—	%15,3	%20,7	%36,7	%55,5	%26,1	%14	%12
4	Vakə adədi	—	1	1	2	—	—	—	—	—	1	2	1	3	—	1
	Yüzde nisbēti	—	% 1,2	% 1,2	% 1,7	—	—	—	—	—	% 0,8	% 4,2	% 2,8	% 1,3	—	% 2
148	Vakə adədi	11	29	38	51	11	4	4	23	27	69	19	10	100	28	20
	Yüzde nisbēti	%28,2	%35,8	%42,7	%45,1	%47,8	%10	%25	%29,2	%25,9	%53	%40,4	%27,7	%45	%24,7	%40
Yalnız antibiotik	Vakə adədi	19	43	41	36	8	5	2	58	61	23	9	5	61	70	23
	Yüzde nisbēti	%48,8	%53,2	%46,1	%32	%34,9	%20	%12,5	%70,8	%58,8	%25,5	%19,3	%16	%27,6	%61,3	%46
% 100 e tē kabul edən rakam		39	81	89	113	23	25	16	79	104	130	47	36	222	114	50

CETVEL : 6

130 VAKADA TƏDAVININ NÜRS İLE MÜNASEBƏTİ

	Vakə adədi	Hər gəsitə tədavi və % nisbəti	HƏSTƏHANƏDƏ YATMA MÜDDƏTİ										Tədavi bitməsinəndən nekadər sonra nüks						Ambulatoriə tədavi		
			1 aya kadar	2 aya kadar	3 aya kadar	6 aya kadar	9 aya kadar	1 ilə kadar	Daha fəzla	6 ay içində	6-12 ay içində	1-2 il içində	2-3 il içində	Daha fəzla zəman sonra	Fəzla gəlişmiş	Devamı gəlişmiş	Devamı gəlişmiş	Devamı gəlişmiş	Fəzla gəlişmiş	Devamı gəlişmiş	Devamı gəlişmiş
			%50	%19,2	%14,2	%33,3	%20	%75	%86,6	%10	%34,2	%34	%50	%54,5	%40,5	%25,8	%37,5	—	—	—	—
Pnomotoraks	48	Vakə adədi	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
			—	—	%3,5	—	—	—	—	—	—	—	%4,1	—	%1	—	—	—	—	—	—
Pnomope- rituvar	36	Vakə adədi	—	10	9	10	4	2	1	2	3	18	10	3	31	4	1	—	—	—	—
			—	%38,4	%32,1	%30,3	%80	%16,6	%7,2	%20	%8,5	%36	%40,8	%27,2	%34	%12,9	%12,5	—	—	—	—
Yalnız Antibiotik	45	Vakə adədi	6	11	14	12	—	1	1	7	20	15	1	2	22	19	4	—	—	—	—
			%50	%42,4	%50,2	%36,4	—	%8,4	%7,2	%70	%57,3	%30	%4,1	%18,3	%24,5	%61,3	%50	—	—	—	—
		%100 e te- kəbil edən	12	26	28	33	5	12	14	14	35	50	24	11	91	31	8	—	—	—	—

CETVEL : 7

MUHTELİF TEDAVİ ŞEKİLLERİNİN MUKAYESELİ NETİCELERİ

Tedavisi müessir olanlar			Nüks olanlar		Gayri müessir olanlar		Yekûn
Vaka adedi			Vaka adedi	Yüzdesi	Vaka adedi	Yüzdesi	
Pnömotoraks	1 tarafı	80	48	%11,8	276	%68,4	404
	2 tarafı	4		% 2		%90	
Pnömo-perituvan		148	36	% 6,3	385	%60,7	569
Yalnız antibiyotik		154	45	%17,2	67	%25	266

CETVEL : 8

MUHTELİF TEDAVİ ŞEKİLLERİNİN
ZAMANA GÖRE TATBİKİNDEKİ
GELİŞMELER

Yıllar	2 tarafı pnömoto- raks adedi	1 tarafı pnömoto- raks adedi	Pnömo- perituvan adedi	Yalnız antibiyotik
1950	21	140	21	25
1951	13	79	33	19
1952	7	82	59	22
1953	6	44	102	23
1954	—	18	89	20
1955	1	18	87	31
1956	1	14	96	23
1957	1	3	44	34
Yekûn	50	398	531	197

HALİHAZIR TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNDE

NÜKSLERİN TETKİKİ [*]

Dr. Abit KÖYMEN — Dr. Celâl CANDİLER — Dr. Mustafa DENİZMAN

Dr. Turgut HEDİLLİ

Akeiğer Tüberkülozu hakkındaki bilgilerimizin son seneler zarfında geçirdiği büyük değişiklikler malumdur. Fizyolojinin teşhis, tedavi ve cerrahî endikasyon bahislerinde, üzerinde ittifak edilmiş bilgilere sahip olmamıza mukabil diğer birçok bahislerinde aynı vüzuhtan mahrumuz.

Biz bu çalışmamızda modern antibiyotiklere rağmen hâla sık raslanmakta olan nüks'lerin hangi şartlar arasında husule geldiğini, nisbetini, yaşla ve nüks'e takaddüm eden hastalık pusse'sinin gördüğü tedavi ile münasebetlerini araştırdık.

Mevzuu iki ayrı cepheden tetkik ettik :

A — Çalışmamızın bu kısmında nüks vak'alarının muhtelif hususiyetleri ve nüks'te müessir olması muhtemel muhtelif faktörleri araştırdık,

B — Tedavi görmüş umumî Tüberkülozlu hasta arasında nüks nisbeti nedir? Memleketimizde henüz bu mevzuun aydınlanmasına yarayacak kâfi sihhatte istatistikler olmadığından mecburen basit bir metoda başvurduk :

Sanatoryumumuzda muayyen bir tarihte yatarak tedavi görmekte olan hastalar arasında, yapılan bir ankette kaçta kaçının ilk evolütif pusse dolayısıyla ve kaçta kaçının nüks dolayısıyla yattığını araştırdık. Bu suretle yapılan bir nevi sondaj metodu ile takribî bir bilgi edinmeye çalıştık.

A — 1 inci kısımda Tetkik Materyali :

İlk hastalıkları sanatoryumumuzda yatarak tedavi edilmiş, bu itibarla elimizde ilk hastalıklarına ve tedavilerine ait dosyaları bulunan ve şifa teşhisinden sonra asgarî bir sene çalışıp tekrar hastalanarak tedavi için mükerrer giriş olarak sanatoryumumuza yatırılan 165 hasta alınmıştır.

[*] İçiş Sigortaları Kurumu Şüreyyapaşa Sanatoryumu.

Bu 165 hasta içinde, cetvel 1 de belirtildiği gibi muhtelif sebeplerle 95 hasta dosyası tetkik dışı bırakılmıştır.

CETVEL : I

1 — Meslek hastası olduğundan tedavisine devam	1
2 — Prevanatoryomdan Sanatoryoma geliş	8
3 — Prevanatoryoma ikinci giriş	18
4 — Tümör (şua tedavisi) için gidiş - geliş	1
5 — İlk natamam yatış (tekrar) giriş	2
6 — Hastalığın devamı	25
7 — İkinci yatışta hastalığı stabil	19
8 — Sanatoryomdan Prevanatoryoma geliş	10
9 — Tüberküloz dışı hastalıktan tekrar geliş	5
10 — Fibröz Tbc. - Asthma	1
11 — Sanatoryom - başka hastahane- tekrar sanatoryoma geliş	5
Yekûn	95

Tetkik dışı bırakılan 95 dosyaya hakiki bir nüks olmadığı için, ve yahut da ilk hastalığın devamı kabul edildiği için veya teşhis hatası telâkki edildiği için çalışma konusu içine alınmamıştır. Böylece çalışmamız, 70 dosyaya istinat etmiştir. Tetkik konusu olan bu mevzuun birinci cephesi şöyle incelenmiştir :

- 1 — Nüks'ler umumiyetle kaviter lezyonlarla tezahür eder. 70 vak'ada 46 hasta kaviteli lezyonlarla tezahür etmiştir. Nisbet % 65,7.
- 2 — İlk evolütif pusse'de ki lezyon kaviteli ise nüks'deki lezyon yüksek nisbette kavitelidir. 70 dosyada bu grup vak'a 52 olup % 74,28 dir.
- 3 — Nüks'ler umumiyetle bir evvelki hastalığın bulunduğu akeiğerdedir. 70 vak'adan 53 ü aynı ciğerde olup nisbet % 75,72 dir.

vak'a mukabil akciğerde olup nisbet % 14,28 dir. 7 vak'a da ise iki taraflı olup nisbet % 10 dur.

4 — Nüks'ler mühim nispette akciğerin ilk defa hastalandığı kısımlardadır. Nüks'ün ilk hastalığın geçtiği tarafta tezahür eden 53 vak'a da 43 ünde hastalık eski yerinde olup nispet % 81,1 dir. 10 tanesi aynı akciğerin başka nahiyesinde olup nispet % 18,9 olarak tespit edilmiştir.

5 — Nüks'ler ilk lezyonla aynı karakteri taşımaktadırlar. 70 dosyadan 53 vak'a bu vasıftadır. (% 75,7) 17 vak'a başka karakterdedir. Nispet % 24,3.

Yukarda 5 madde halinde nüks'lerin muhtelif tezahürleri tetkik edildi. Fakat netice itibariyle pratik kıymeti ehemmiyetli olan şudur ki:

İlk hastalığında tedavi sonu şifa teşhisi alan hastalardan nüks en ziyade hangi şekil sekel imajlardan menşe almaktadır. Yani bir hastaya şifa teşhisi konurken radyolojik sekel imajlara bakarak bu hastanın istikbali, nüks yapması ihtimali tahmin edilebilir mi ?Ve bu gibi hastalarda koruyucu olarak cerrahî bir metotla hastaları bu şüpheli sikkarslerden kurtarmak mümkündür ?.

Çalışmamızın bu kısmında da materyal olarak yukarda bahsi geçen 70 dosya kullanılmıştır. Bu hastaların nüks'den evvelki tedavileri sonucu, şifa teşhisinde mütalâa edilen son röntgen filmindeki sekel vasıfta olan rezidüel imajlar beş grupta tasnif edilmiştir.

Aşağıdaki cetvelde bu imajlarda residiv nisbetleri mukayese edilmiştir:

Röntgen manzarası	Sekel kavite	Fibro-nö-düler rezidüel imaj	Yıldız şeklinde imaj	Miks form	Hiler dolgunluk
Vaka adedi	35	26	7	1	1
% Residiv nispeti	% 50	% 37,1	% 10	% 1,45	% 1,45

Yukardaki cetvel yalnız nüks'le gelen vak'alara aittir. Nüks yapmayan vak'alardaki rezidüel imajların tesbit ve tasnifi de mümkün olsaydı neticenin daha büyük bir kıymet taşıyacağı aşikârdır.

Nüks'lerin yaşla münasebetleri :

70 vak'ada yaş durumu tetkik edilmiştir, en küçük yaş 16 en büyük yaş 69 olarak tesbit edilmiştir. 34 vak'a 16 - 29 yaş arasında, 11 vak'a 30 - 39 yaş arasında ve 25 vak'ada 40 yaşından yukarı yaşlarda tesbit edilmiştir.

16 - 29 yaşında	34 vak'a	% 48,57
30 - 39 yaşında	11 vak'a	% 15,71
40 - ... yaşında	25 vak'a	% 35,71
Yekûn	70 vak'a	% 100

Cetvelden anlaşılacağı gibi genç yaşlarda nüks daha ziyade olmaktadır. 40 yaşından yukarı olan vak'alardada bu nisbet yükselmektedir.

Nüks'lerin zamanla münasebetleri :

Tedavinin bitiminden itibaren nüks vak'alarının en çok hangi senelerde husule geldiği araştırılmıştır. İlk bir sene içinde gelen vak'alar hastalığın devamı sayılmış ve tetkik dışı bırakılmıştır.

Seneler	1	2	3	4	5	5 seneden sonra
Vak'a	28	28	9	4	—	1
%	% 40	% 40	% 12,8	% 5,7		% 1,42

Yukardaki cetvelin tetkikinde nükslerin en çok 1 nci ve 2 nci seneler zarfında husule geldiği anlaşılmaktadır. Bu hale göre hastalara ilk iki hatta 3 ncü seneleri zarfında çok dikkatli bir kontrol altında bulunmalarını tavsiye etmek pratik bir neticedir.

6 — Nüks'lerin bir evvelki hastalıklarının tedavi müddet ve şekillerinin nüks üzerinde olan tesiri araştırılmıştır:

a — İlk tedavisinde sanatoryumda yattığı gün adedi :

Zaman	3 ay	6 ay	9 ay	12 ay	Yekûn
Nüks adedi (vaka olarak)	27	25	18	—	70
% nisbeti	% 38,57	% 35,70	% 25,73	—	% 100

Bu cetvelin tetkikinde sanatoryumda yatış müddeti kısaltıkça nüks adedinin arttığı görülmektedir. Şu halde kısa müddetli sanatoryum tedavilerinin müessiriyetinde tereddüt edilmelidir.

b — Bu kısımda evvelâ yatarak ve müteakip tedavileri ayaktan takip edilen hastaların tabi tutuldukları müddet ve mecmu antibiyotik tutarı ile nüks adetlerinin münasebeti aranmıştır.

Tedavi müddeti	3 ay	6 ay	9 ay	12 ay
Vak'a adedi	22	34	14	—

Cetvelin tetkikinde tüberküloz tedavisi için uzun süreli ve cure sanatoryalin nükslerin azalmasında rolü olduğu görülmektedir. Nitekim 9 aydan fazla süreli tedavilerde nüks ihtimali çok azalmaktadır.

Tedavi şekilleri	3 ay	6 ay	9 ay	12 ay	18 ay
Vüzuhsuz	2				
Str - İNH	4	6	4		
İNH - PAS		1			
İNH - PAS - P. P.		1			
Str - İNH - P. P.	14	11	6		
Str - İNH - PX.	1				
Str - İNH - PAS - Px. (Münavebeli)		1	2		
Str - İNH - PAS (Münavebeli)	1	5			
Str - İNH - PAS - P. P. (Münavebeli)		8	1		
Str - İNH - PAS - Extra plöral					
İNH		1	1		
Yekûn (70)	22	34	14		

Bizce nükslerin husulünü izahta büyük mana taşınması muhtemel yukarıdaki aşağıdaki iki cetveldeki materyalin azlığı ve kısmen kifâyet-sizliği yüzünden şimdilik manalandırmak istememekteyiz, bu mevzuun daha geniş materyel üzerinde tetkikine devam edilecektir.

P. P. (Müddeti) 43 vak'a	3 ay 2	6 ay 7	9 ay 8	1 sene 12	1,5 sene 8	2 sene 6	2 sene- den fazla —
Px.	1 sene	2 sene	3 sene	4 sene	4 seneden fazla		
4 vaka Ekstra Plöral 1 - vak'a P. P. den Px'e geçiş (İki vak'a) Px. terk P. P. a geçiş (İki vak'a)	1 sene 2 (P.P.)	2 sene Px. e devam edilmiş.	2	2	1		
Yekûn 52 vak'adır.	Vak'alardan biri iki sene Px. den sonra 8 ay P. P. almış, diğer vak'a 3 sene Px. den sonra 1 sene P. P. almıştır.						

—oOo—

**Celse Konusu : Tüberküloz Tedavisinin
Bu günkü Durumu Hakkındaki
Tebliğlerin Münakaşası**

ONUNCU CELSE

Celse Başkanları : Dr. Nuri ERGENE — Dr. Zülfî Samî ÖZGEN

Kâtipleri : Dr. Nihat SAYINER — Dr. Necîâ İNAL

Dr. Refik KÖYMEN Münakaşa 10

Bugün akciğer tüberkülozunun tedavisi kemoterapi ve rezeksiyon cerrahisine inhizar ettirmiş gibidir. Ancak bu rejim ile ve yoğun yerlerde hastaların hemen hepsini iyi etmek imkânı bulunur.

Memleketimizde şartlar rasyonel bir kemoterapi yapılmasına rağmen zaman elvermemekte olduğundan ve hastaların ameliyat safhasına getirilmesi için şart olan rasyonel bir kemoterapi devresi imkânlarınca çare zamanı bulunamadığından tedavi müesseselerindeki hastaların çoğu antibiotik devrinden evvelki hastaların durumundan bulunmaktadır. Böyle olunca hastaya ziyan vermeden imkân olunca tedavi etmek vazifemiz olduğuna göre, bir kısım arkadaşlarımızın devrini doldurmuş ve artık tatbik edilmez dedikleri, antibiotik devrinden evvel yarım asra yakın tüberküloz tedavisine kullanılmış eski kollop metodlara da el atmak zaruretinde olduğumuzu arz etmek isterim.

Dr. Selâhattin AKKAYNAK Münakaşa 10

Bir kelime üzerinde duracağım :

Arkadaşlarımız «şifadan» bahsettiler. Tüberkülozda şifadan bahsedebilmek için inaktif safhanın 5 seneden fazla devam etmesi lâzımdır.

Halbuki bu vak'alarda sinko kısa zaman sonra husule geldiğine göre şifa tabiri yerinde değildir. «Salâh» veya «iyileşme» tabirlerini kullanmak yerinde olur.

Dr. Abit KÖYMEN Münakaşa 10

1 — Px işi artık akciğer Tb sindeki yeri belirlemiştir, ve kalmamış sayılabilir. Bazı çok nadir kanamalarda çaresizlik yapılmaktadır.

2 — Gebeliğin sonlarında görülen salâh diaframın yüksek durumuyla ilgilidir. Doğumu müteakip PP tesir edilirse iyi netice devam eder.

Dr. Haydar AKSÜĞÜN Celse 10 (Münakaşa)

Dr. Refik Köymeni dikkatle dinledim tüberküloz tedavisini kemoterapi ve rezeksiona inhisar ettiğimiz kanaatımı izhar ettiler biz tüberkülozun cerrahi tedavisinden bahsetmedik bilâkis tüberkülozun medikal tedavisinde hangi şartlarda hangisini tercih etmeniz daha doğru olacağını araştırdığımızı arzettik. Hakikat olan şudurki taze vakalarda ve epi şartlarda en iyi tedavi kemoterapiden eğer bunda muaffak olunamazda bir kolops tedavisi icap ederse bu pnömoperitüvan olmalıdır. Neden mukavemet teşekkül etmiş vakalarda pnömotoraks yaparak sonradan bir kazıplıkasyon karşısında zor durumda kalacağına pnömotoraks yerine pnömoperitüvan yapmıyayım.

Sonra gene Refik beyin bahsettiği rezeksion yerine yapılan torakoplastiye gelince ben eminim ki o vakada diğer loblarda en az bir kaç nodül vardır. Şunu arzetmek isterimki eğer bir vakada rezeksiyon ve torakoplasti endikasyonu varsa tercih etmek lâzımdır.

Dr. Selâhattin Akkaynak şıfa tabirinin tefsirinde haklıdır yalnız benim tebliğimde şıfaya yakın salâh tabirini kullanmanasını sebebi; Dün benim düşüğüüm hataya sizleride düşürmemek içindi. Yoksa bugün tüberkülozda şıfayı tesbit edecek hiç bir metod yoktur. Hasta iyi olduktan sonra hasta olmadan evvelki sosyal durumda çok uygun zaman nüksetmeden yaşarsa bir zaman şifadan bahsedilebileceğini hepiniz bilirsiniz.

Dr. Orhan ÖGER

Kortizon bağ dokusu ve enflamasyonu azaltarak faydalı tesir eder gibi görülmekte isede. Bağ dokusu teşekkül etmeyince basiller btolize edilememekte, keza enflamasyonun azlığı mücadele edecek (Basillerle) elemanların azalması demek olacağından keza zararlı tesir etmektedir. Lusi'ye göre ise kortizon mononukleaa hücrelerin basilleri hazmetme kabiliyetini de azalmaktadır.

Prof. Dr. Muharrem KÖKSAL

Dr. Erberker'in enteresan tebliğinden çok istifade ettim. Bazı hususlarda tensir ederlerse minnetkâr kahram.

İnsan Tb. leziyonlarında (antitüberkülo tedavisini terekkisinden sonra) görülen takavsenller nelerdir.

Karaciğerdeki leziyonlar makroskopik olarak da tefrik edilebildi mi. Karaciğer tüberkülozunun histolojisi insanda da aşağı yukarı aynı vasıfdadır, polimorfizmin vardır.

Allerjik fenomenlerin ricker basamak kaideleri ile izah ne dereceye kadar mümkün ve doğru olabilir. Bu teori bugün kıymetini tamamiyle kayıb etmiş bulunuyor.

Kobaylarda husule gelen karaciğer sirozu Tb. ile alkadar olabilir Acaba perikolanfitik nodüller bulundumu?.

Antibiotik tesiri ile tüberkülozun anotomo patolojonda dikkate değer değişmeler 6

Dr. Moiz BERKER

Prof. Dr. Muharrem Köksal B Ef. nin şualarına, anotomo patoloğ olmadığım ve bu tebliğe ancak klinisien olarak iştirâk ettiğim için cevablarım belki kendisini tatmin etmiyecektir yalnız şunu tebarüz etmek isterim ki yaptığımız bütün tetkikler he mmikroskopik hemde makroskopiktir. Rezaksiyon piyeslerinde gördüğümüz inkıraflar çok koroktenstik değildir ancak kavitelerin piyogen membran denilen çok yığınlı kısmaların daha sık olduğunu gördük.

Atekrotik hodirelerin, hücrevi proliferotyon'lu ve hatta bunların neticesi olan sahalara nazaran daha mahdut olduğunu gördük.

Sirotik kaideye gelince reseksiyon piyoslerindeki skleroz pülmoner sahalara ile mukayese edebiliriz.

Patojenezde Ricker kanunlarından istifade etmemize gelince buna sebep patolojik bulgularımızı izah etmek için Ricker kanunun eski olduğunu bildiğimiz halde bunun bazı hâdiselerin anlaşılmasında faydalı olduğundadır.

Dr. Aral GÜRSEL

Necmettin Keleşoğlu arkadaşımız listede catolaz aktivitelemin aş görüldüğünü söylediler.

Ben bu travayını 1958 senesinde yok edilen 348 suştan bahsettim bunların ancak 116 sı katolojik aktivitelemini kaybetmişlerdir Biz rezistan bulduğumuz suşlar arasından lăletayın 98 adet üzerinde patojenti araştırmalar yapmış bulunuyoruz.

İkinci olarak sayın hocam T.İ. Gökçe epidemiyoloji bakımlar 10/ce İzoniazide rezistan basillerin sosasıl olduklarını bildirdiler ve bu seviyede bir rezistan husulünün takibine çalışılmalıdır dediler.

Ben daha ölikt olup 25 g/ce yi teklif edeceğim çünkü 10 g /u lik bir rezistansda patojente çok azalmışolmasına rağmen % 2,5 mle henüz bir patojente mevcuttur (gayet az dahi olsa)

—oOo—

Celse Konusu : Kemik Tüberkülozu

ONBİRİNCİ CELSE

Panel Heyeti : Dr. Aral GÜRSEL — Dr. Baha OSKAY — Dr. Cevdet ALPTEKİN

Dr. Avni DURAMAN — Dr. Hamdi KARABAŞ — Dr. Muhittin ÜLKER

Dr. İlhan VİDİNEL

Celse Kâtipleri : Dr. Türkân AKYOL — Dr. İnci DOĞRU

Dr. Muhittin ÜLKER

Kemik ve mafsalsal tüberkülozu maalesef memleketimizde çoktur. Her zaman poliklinik ve muayenehanelere fistüliye olmuş veya olmamış mal de pot, kosta, baş, el, ve parmaklara kol ve bacak uzun kemiklerine ait tüberküloz vakaları gelmektedir. Bu hastalar senelerce bu hastalığın çekmekte ve bir komplikasyon neticesi sakat kalmakta veya ölmektedirler. Hastalığın uzun sürmesi dolayısı ile hastanın çalışması ve kazanç sağlaması kabil olmamakta ve mecburiyetle tedaviyi ihmal etmektedir. Bilhassa köylüler ve fakir tabaka arasında bu hastalığa sık raslanmaktadır.

Memleketimizde görülen kemik ve mafsalsal tüberkülozu mevcudu adet itibariyle akciğer tüberkülozundan aşağı olmayıp yüzbinlerin fevkindedir. Bu kadar çok görülen bu hastalığın tedavi müşkülâtında göz tutulacak olursa hastanın muhitinin ve hattâ hekimin moralinin de sarılacağı muhakkaktır. Bu birde ekonomik ve sosyal bakımdan mütalâa edilirse yüzbinlerce şahsın kazanç sağlayamadığı ve cemiyetimize hizmet edemediği bir hakikattir. Bütün bu cihetler göz önünde tutulursa bu hastalık memleketimiz için millî bir problem ve bu hastalıkla savaş hususunda sarf edilecek mesainin millî bir vazife olduğu muhakkaktır.

Memleketimizde kemik tüberkülozu mücadelesinde şu cihetlerin göz önünde tutulması icap eder.

1 — Prevantif tedaviler: B.C.G. aşısı zaten tatbik edilmekte olup buna devam şarttır. Bundan başka et ve süt gibi gıda maddelerinin ve-

teriner kontrolü lazımdır. Birleşik Amerika 1919 dan itibaren etlerin veteriner kontrolüne ve 1928 den itibaren de sütlerin kontrolüne başlanmış daha evvel çok görülen kemik ve mafsalsal tüberkülozu 1928 den sonra azalmış ve bugün hemen yok denecek hale gelmiştir. Bizde de bu şekilde gıda kontrolü lazımdır.

Köylerimizde çok defa süt çiğ veya iyi kaynatmadan içilmekte, yağ ve peynir çok yerlerde kaynatılmadan istihsal edilmektedir. Bunların önüne geçecek tedbirler alınmalıdır.

2 — Tedavi merkezlerimiz noksandır. 25 milyon nüfusumuz için kemik tüberkülozuna tahsis edilen yatak adedi pek mahduttur. Bu güne kadar kemik ve mafsalsal tüberkülozunun tedavisi için biri İstanbul'da Baltalimanı diğeri Egridir hastanesi olmak üzere iki hastanemiz vardı. Karadenizde bu sene açılan diğeri bir hastane ile yatak adedinin kısmen artması sayam şükür olmakla beraber, gayeye ulaşmak için kâfi değildir. Ayrıca, hattâ senelerce yatarak tedavi edilmeleri gereken bu hastalar için bol yatak ve müteaddit kemik tüberkülozu hastanelerine ihtiyaç vardır.

3 — Antibiyotik tedavisinin bu hastalığa çok müessir olduğu muhakkaktır. Fakat az miktarda antitüberküloz ilaçları kullanmakla hiç bir fayda temin edilmez. Halbuki çok ve uzun müddet antitüberküloz ilaçlar kullanmakla çok istifade edilir. Bu cihet bilhassa nazarı itibare alınması icap eden bir keyfiyettir. Bu itibarla bu hastalara tahsis edilecek bol miktarda antitüberküloz ilaçların temini şarttır.

4 — Ortopedi ihtisasını geliştirmek, kemik bankaları kurmak, teşhis ve cerrahi tedaviler için gereken malzeme, cihaz ve aletlerin temini ne önem vererek cerrahi müdahale imkânlarını çoğaltarak tedaviyi müessir bir hale getirmelidir.

5 — Bu hastalıkla mücadele için derneklerin kurulması, halkı irşat hükümeti desteklemek bakımından çok faydalıdır. Akciğer veremi ile uğraşan dernekler ve dispanserler kâfi derecede mesai ile mahmûldürler. Bu problemi de deruhte ederlerse takdirle karşılırlar. Fakat kemik tüberkülozu konusu tüberküloz enfeksiyonu olarak aynı isde lokalizasyon bakımından ayrı olması itibariyle ayrı bir ihtisas mevzuu olarak kabul edilmelidir. Bu itibarla ayrı derneklerin bu konuyu ele alarak savaşa çalışması ve aynı zamanda akciğer veremi ile uğraşan dernek ve dispanserlerle işbirliği yaparak daha faydalı olacağı kanaatindeyim. Aksi takdirde daima ihmale maruz kalması mümkün olabilir.

Dr. Selâhattin AKKAYNAK

Memleketimizde kemik tüberkülozunun en sık görülen lokalizasyonu nedir? Radyolojik ve klinik belirtiler nedir? hangi yaşlarda görülür?

Dr. Muhittin Ülker

Hastalık daha çok küçük kemiklerde ve uzun kemiklerin epifizlerinde lokalize olur. Gençlerde daha çok görülmektedir.

Radyolojik imajlar; rarefiye olmuş, kavite haline gelmiş, intizamı gaip etmiş, dekalsifiye olmuş açık gölgelerden ibarettir.

Başlangıçta klinik belirtiler romatizmal ağrılardan ve hafif hareket noksanlıklarından ibaret olup gittikçe bu arazlar artar ve bilhassa mafsalsal tüberkülozlarında müsküler atrofiler başlar.

Dr. Siyami ERSEK

Akciğer tüberkülozu cerrahi endikasyonu olan vakalarda aynı zamanda kemik tüberkülozu varsa tutulacak yol ne olmalıdır?

Dr. Muhittin ÜLKER

Evvelâ akciğer tüberkülozunun tedavisi sonra kemik tüberkülozunun tedavisine geçilmesi uygun olur. Kanaatindeyim.

Dr. İlhan VİDİNEL

Tüberkülozun dahili tedavisi ile meşgul bulunan bizlerin kemik ve mafsalsal tüberkülozu ile tecrübemiz azdır. Biz son zamanlarda kliniklerimize akciğer tbc. teşhisi ile yatan ve akciğer tüberkülozu tedavisinin seyri esnasında mevcut kemik ve mafsalsal tüberkülozları da salâh gösteren ve şifa bulan vakalar sebebiyle bu hastalığın tedavisindeki bazı esasları öğrenmiş bulunuyoruz.

Bu esasların başında uzuv fonksiyonunun muhafazası ile müterafik bir şifa gelmektedir.

Fiksasyon ile şifa ancak ilerlemiş vakalarda düşünülebilir.

Tedavideki bu revalisyonun sebebi elimizde mevcut antitüberkülo ilaçlardır. Antitüberkülo ilaçların ortaya atılışından evvel tbc. tabiatlı kolleksiyonlar diğeri sebeplere ve etyolojilere bağlı kolleksiyonlardan ay-

rı olarak mütalâa edilmişlerdir. Tüberküloz kolleksiyonlarına müdahale- den abselerin açılmasından kaçınılmıştır. Bu gün anti tüberkülo ilaçlar muvacehesinde tbc. kolleksiyonlarının nerede olursa olsun serbest bir şekilde açılması ve drene edilmesi icap ettiği kanaatindeyiz.

Drene edilen kolleksiyonlar hemen hemen daima şifa bulmak fistü- lör meydana gelmemektedir. Mafsal tüberkülozunda antibiyotik tedavi- nin bir hususiyeti yoktur. Aynen diğer şekillerde olduğu gibi uzun dev- reli (asgari 2 sene) kombine tedavi yapılır. Kombinasyonun INH ihtiva etmesi bu ilâcın nüfuz kabiliyeti sebebi ile uygun olur.

Rezistans problemi kemik lezyonların da basil üremesinin yavaş ol- ması sebebi ehemmiyetli değildir.

Kanaatimce kemik tüberkülozunda erken teşhis ve tedavi çok ehem- miyetli meseledir. Erken teşhis gayesi ile hemoten tüberküloz lezyonları taşıyan hastalarda vücut kemiklerinin sistematik röntgen tetkikleri ya- pılmalıdır. Lezyonlar çok erken yakalandığı takdirde umumi antibiyo- tik tatbikatı kemik tüberkülozun şifası için de kâfidir. Erken vakala- rı tüberküloz simioteropsisini bilen her hekim tedavi edebilir.

Dr. Oskay BAHA

Şirürjikal Tüberkülozların tedavi prensipleri son yarım asır zar- fında üç muhtelif inkilâb geçirmiştir :

Birincisi : Tüberkülozların iyileştirilmesi için Sanatoryum'ların He- lio - Marin müesseselerin kurulmasıdır. Her ne kadar Deniz ve Güneş te- davisinin kıymetini münakaşa edenler de varsa da BERCK Mektebi ön- cüsü ve müdafii olmuş ve otörlerin ekseriyeti bu tedavinin kemik ve maf- sal tüberkülozlarının şifasında belli başlı amil olduğunu kabil etmiş du- rumdadır. Bugün için de hattâ en yeni neşriyatta bunun müdafaasını yapan otörlere rastlanır :

KASTERT ve WILKINSON 1954 ve 1955 senelerinde kemik ve maf- sal veremlerinin modern cerrahi tedavilerinden bahseden yazılarında :

(Bu değişiklik ne kadar büyük bir ihtilâl olursa olsun, 30 sene ev- vel kemik tüberkülozlulara açık hava hastaneleri açılması ile meydana gelen ihtilâl kadar azametli olamaz) diyebilmişlerdir.

Bu suretle birinci inkilâp tutunmuş ve kıymetini aynen muhafaza etmiş oluyor.

İkincisi : Kemik greflerinin meydana çıkması ile olmuştur. 1930 da ALBEE Pott hastalığı için yaptığı 865 kemik grefile Fusion müdahale- sinin iyi neticelerini yalnız % 2 nisbetinde vefiyat ile ilân etmiş fakat başlangıçtaki sevinç 7 sene sonra 1937 de MC KEE'nin neşrettiği muka- yeseli istatistikle hayli sarsılmıştı. Bu otör ameliyatla tedavi ettiği 50 vak'ayı ameliyatsız tedavi ettiği 100 vak'a ile mukayese etmekte, ameli- yat ile tedavi ettiklerinde % 38 iyi netice, ameliyatsız tedavi ettiklerin- de ise % 62 iyi netice elde ettiğini zikretmekte hattâ vertebra ön kısım- larında bizatihi Fusion'un ameliyat yapılmıyanlarında daha çabuk mey- dana geldiğini ilâve etmekte idi.

1937 - 1940 senelerine kadar başka otörlerin istatistikleri de buna benzer neticeler ilân edince bu ihtilâl tutunamadı, ademi muvaffakiyet- le neticelendi. Buna rağmen başka bir otör, 1949 da Alviks, 507 vak'- ada ameliyatla tedavi tatbik etmekle beraber bunun Indication - Cont- re Indication'larını sarahatle zikrederek muvaffakiyet ve muvaffakiyet- sizliklerin sebeplerini belirtmiş oldu ve 35.89 % muvaffakiyet kaydetti.

Üçüncüsü : Antibiotique'lerin meydana çıkması ile taammün eden Focale şirürjikal tedavi ihtilâli oldu, fakat bunun da Cure Helio - Marin gibi tutunup tutunamayacağını tayin için de henüz arkaya bakacak ka- dar kâfi mesafe kazanılmamış Recul imkânları meydana gelebilmiştir.

Her şeyden evvel bu sonuncu ihtilâlin değerlendirilmesinde Criteri- um'larımız ne olacaktır, ve aynı Criterium'lar kemik ve mafsal verem- lerinin bütün Localisation'ları için muteber sayılabilecek midir? Antibio- tique'lerin verdiği teminat altında aşırı derecede atılğanlık ve cesaretle tatbik edilen focale şirürjikal müdahalelerin kemik ve mafsal tüberkü- lozlarının tedavisini büyük ölçüde ıslâh ettiğine, şu dört mevzuun ele alınması ile meydana koyabiliriz :

- 1 — Vital Neticeler de salâh meydana gelmiş midir?
- 2 — Fonctionelle neticelerde kazanç olmuş mudur?
- 3 — Tedavi müddeti kısaltılabilmiş midir?
- 4 — İşe dönüş kabiliyetinde artma elde edilebilmiş midir?

Bu noktaların kat'i bir cevaba bağlanması için evvel emirde eski ve yeni tedavi prensiplerinin esaslı olarak gözden geçirilmesi lâzımdır. Bun- ların mütalâası yapıldıktan sonra her iki tedavinin yukarıda sayılan dört Criterium ele alınarak mukayeselerile ve istatistiklere dayanan rak-amlarla hüküm ve neticeye bağlanabileceği tabiidir.

Période Préantibiotique ve Période Antibiotique diye ayıracağımız iki çağın ayrı ayrı mütalâasını yapalım.

Période préantibiotique'de umumî sanatoryum kürü, klima, güneş, ziya ve şua tedavilerine ilâveten ilâç ve ortopedik ve icabında şirürjikal müdahalelerle bu tüberkülozların iyileştirilmesine çalışıldı.

Fakat bu devredeki tedavinin en karakteristik ciheti muhafazakâr olması, en kuvvetli kanunu da tüberküloz odağına el sürülmemesi idi, daha ziyade çocuk olan hastalar deniz ve dağ klimasının müasit şartlarını haiz sanatoryum ve hastanelerde uzun süren kürler ve ortopedik cihazlarda tespitlerden sonra vak'asına göre tüberküloz odaklarının Sclérose veya Enkysté olmasından ve mafsalların ağır harabiyetlerinde Enkylose elde edilmesinden ibaret bir şifa ile çıkarılıyorlardı.

Kâhillerde bu durum elde edildiği sırada bazan yardımcı ameliyatlarda yapılıyor, tüberküloz odağının uzağından geçmek üzere Enkylose'un kuvvetlenmesine yarayıcı kemik grefleri veya mafsalı istirahat sevk edecek destekler ve Arthrodése'ler, nihayet hasta diz mafsal satırlarına temas etmeden Réséction Extra Articulaire'ler yapılıyordu.

Çünkü vaktile Foyer içinde herhangi bir manevrayı zaruri kılacak olan müdahalelerden çekiniliyor, odağın açılmadan à Distance ve blok halinde çıkarılması ile, uzun muhafazakâr tedavilerle elde edilmiş olan bir Enkystement ve Barrière Sclérose'unun zedelenerek Généralisation husulü tehlikesi önlenmek isteniyordu.

Bu şekilde ve Tüberküloz odağına el sürmeden muhafazakâr tedavi ile elde edilen Sclérose veya Ankylose'ların ekseriyeti çocuklar olmak üzere bir çok vak'alarda devamlı şifalar temin ettiği bir çok vak'alarda da Tüberküloz Infection'u için genel ve lokal nüks menbaları teşkil ettiği görülmüştür.

M. SORREL. Kâhilde rastlanan kemik ve lafsal tüberkülozlarının hemen ekseriyetinin çocukluk çağında muhafazakâr tedavi ile sönüp Calcifié olmuş şifa vak'alarının nükslerinden ibaret olduğunu göstermiştir.

Çocuklarda gerek hareket azasının neşvünema şartlarının muhafazası gerekse bunların daha kolaylıkla İmmunallergie durumuna intikal ettirilebilmesi bakımından bunların muhafazakâr tedavilerinin kıymetini inkâr etmemekle beraber Enkysté lezyonlarda mevcut kalacak Koch basillerinin hayat için daimî bir tehlike teşkil edeceğini unutmamak lâzım gelir.

Çünkü hakikatte Enkystément veya Ankylose hâdisesinin muhafazakâr tedavi gören hastalarda yegâne şifa tarzı olduğu malûmdur, Hatta bunların içinde mafsal aralığının tamamen kaybolarak tam Fusion husulile meydana gelmiş Ankylose Osseusele şifalar da görülmektedir. 1954 senesi ile 1956 ve 1958 senelerinde Vekâletimiz Yüksek Makamının

tensiplerile ziyaret ve tetkikatta bulunduğumuz İspanya, Fransa, İngiltere, İsviçre ve İtalya'daki tüberküloz müesseselerinin çocuk kısımlarında muhafazakâr prensiplerin henüz tamamen terk edilmiş olmadığı, Antibiotique ve ortopedik yoldan gidildiği müşahade edilmiştir. Fakat kâhiller için durum değişmişti.

Benim kemik ve mafsal tüberkülozları üzerinde çalıştığım 1927 - 1928 - 1929 senelerinde Davos'da TURBAN ve LEYSIN de bilhassa Profesör ROLLIER sanatoryumlarında antibiotique'lerin yardımı olmadan yüzlerce parlak şifa vak'alarına şahit olduğum gibi Baltalimanı Hastanesinde de 1944 - 1948 seneleri arasında muhafazakâr tedavi ve ameliyatlarla ondan aşağı kalmayan parlak neticeleri bizzat elde etmiş bulunuyoruz.

Fakat çocuklarda o zaman iyi neticeler veren muhafazakâr tedavi tarzı kâhiller için aynı garantiyi verebiliyor mu?

Bilâ tereddüd hayır denilebilir... Çünkü muhafazakâr tedavi; bu kategori vak'alarda şifaya hizmet eden müsait İmmunallergie durumunun kolay meydana getiremeyeceği gibi, çocuklarda bile rastlanan ve odakta çabuk, kuvvetli ve Stable bir Ankylose'un meydana gelmesine mani olan Necrose ve sequestre'lerin mevcudiyeti halinde bu daha da zorlaşır.

Çünkü kâhil ve yaşlı hastalarda şifa potansiyeli çocuklara nazaran daha aleyhtedir. Kaldı ki : Kâhilde muhafazakâr tedavilerle elde edilen Sclérose veya Ankylose'ları bile devamlı bir şifa Critérium'u olarak kabul etmekten ise bunları Necrose'dan fakir lezyonların tabii bir akibeti bir Stabiliastion olarak kabul daha yerinde olur.

Çünkü : buralarda Enkysté kalan Koch basilleri pekalâvrülent olarak hayatta kalabilmekte ve ileride Trauma veya müdahil hastalıklar veyahutta umumî müdafaa kuvvetini azaltacak bir hayat şartı sebebiyle nüksler olmakta ve hattâ hayati tehlikeler meydana gelmektedir.

Bütün bunlar o zamanki imkânların çerçevesi içinde mütalâa edilecek olursa muhafazakâr tedavinin bilhassa çocuklarda sanatoryumların prestijini meydana getiren oldukça iyi neticeler temin ettiği anlaşılır.

Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi ve Güneş Tedavi Enstitüsünün 1945 - 1946 - 1947 seneleri arasındaki 3 senelik Préantibiotique devreye ait olup tedavi neticeleri bölümde bahsedilecek olan istatistikleri henüz Antibiotique'lerin tatbiki önemli şekilde ele alınmamış bulunan bu devrede Dünya Literatüründen alınmış mümasil kemik ve mafsal tüberküloz müesseselerinin aynı devreye ait bazı istatistikleriyle mukayesede eşit sonuçlar elde edilmiş olduğunu göstermektedir.

O zamanlar hastalara yalnız Cure Hélio - Marin, yazın güneş, kısmi ziya tedavileri, ortopedik cihazlar (Alçı yatakları, alçı korseler, alçı yürüme cihazları ve dizin hareketini ve tespitini aynı zamanda yapmağa müsait oluklu alçılar) ve İmmun - allergie durumu müsait devreye intikal eden hastalara klinik radyolojik, humoral durumlarının kontrolünden sonra arthrodése ve resection gibi ameliyatlar yapılarak tedaviler temin edilmiş ve bu hastanenin kemik ve mafsalları veremleri domeninde isim yapmasına varan kaliteli bir çalışma sistemi meydana gelmiştir.

1947 den sonra elimize Streptomycine verilmesi ve diğer Antibiotique'lerin bunun takip etmesi mukadderdi.

Bu Période Antibiotique'in açılması bu ana prensiplerde vak'asma göre bir taraftan zamandan, diğer taraftan imkândan büyük kazançlar temin edilmiş, fakat asıl şirürjikal müdahalelerin şumul ve emniyeti artırılmış bulunuyor.

Bu neticenin elde edilmesinde amil olan Antibiotique'lerin kemik ve mafsalları tüberküloz odakları muvacehesinde oynayacağı Bactériostatique rolün mahiyet ve şumulünü anlayabilmek için böyle bir odağın dışarıdan içeriye doğru anatomik yapısını gözden geçirmek lüzumlu olur.

Odaklar dört değişik tabakadan teşekkül eder :

1 — Dışta normal doku içinde meydana gelen tüberküloz odağının intişarına mani müdafaa Barrière'ini teşkil eden ve lezyonun eskilik ve uzviyetin müdafaa kuvvetine göre gitgide mütekâsif bir hal alan Conjonctive muhafazadır.

2 — Ortada Proliferation üzerinde, Epiteloid hücreler ile dairen madar çevrilmiş dev hücreleri havi tipik tüberküloz follikülleridir. Bunların bazı kısımlarında Dégénéresence Caséuse meydana gelmiş, bunların içinde de mebzul Koch basilleri yer almıştır. Bu tabakanın ismi Membrane Tuberculoğene veya Barrière dırki biraz evvel bahsedilen Conjonctive muhafazayı, içindeki basil hamulesinin vrülansı, organizmanın genel ve lokal İmmun - Allergie durumuna göre değişmek üzere veya çok bir zaman sonra İnoculé ve istilâ etmek karakterini taşır, buna karşı Conjonctive muhafaza ise azçok kuvvetli bir Sclérose reaksiyonu ile bunu önlemeye çalışır ve neticede bir nevi lokal müdafaa, Enkystement, meydana gelir, fakat basiller hayattar kalır, tehlike bertaraf edilmiş olmaz.

3 — İçinde : Soğuk absenin cidarı bulunur, sarımtırak çıkıntı ve viadar lezyonlardan ibaret olan bu tabaka Abse cerahatinin temasındadır, bünyesi nécrosé hücrelerden, fibrinden ve peynirleşmiş bakayadan teşekkül eder.

4 — Tam merkezde : Nécrosé kitlesi bulunur ki ya hamur kıvamında ve azçok koyu Caseum ve yahutta yarı sulu cerahatten ibarettir. Bunun içinde kemik tozları veya bariz Sequestre'de bulunur.

Antibiotique'ler : Ancak birinci ve ikinci tabakalara kadar fiilen müessir olabilir, bundan ilerisine doğru tesir gitgide azalarak sıfıra müncer olur.

Şu halde :

A — Proliferation active üzerindeki exudative lezyonlardan ibaret anatomique şekillerde İnfiltration; Antibiotique'in kandaki konsantrasyonu derecesine göre yapacağı Bactériostatique tesire şiddetli maruz kalarak Hyperhemie azalır, irtisahlara söner, ödem kaybolarak genç Conjonctive muhafaza Sclérose elemanlarıyla sertleşerek şifa meydana gelir.

B — İster kahn Caseum şeklinde ister sulanmış cerahat şeklinde olsun Nécrosé'dan ibaret anatomik şekillerde Périfocale İnfiltration'un azalmasından gayri mühim bir tesir görülmez.

Çünkü buradaki lezyonlar organizmanın irtibat ve kontrolünden kurtulmuş hakiki birer yabancı cisim mahiyetinde olduklarından kan yolu ile gönderilen Antibiotique'ler için erişilemez sahalara olur.

Période Antibiotique den evvelki zamanlarda bazı cerrahlar cessurane müdahalelere teşebbüs etmemiş değillerdir, fakat tüberküloz fuayyesine doğrudan doğruya tevcih edilen bu ameliyatların bir çokları Généralisation Tuberculeuse ve Granulie ile bazan da meningite ile ihtilâl ediyordu. Bundan doğan korku müteenni cerrahların, endirekt olarak fuayyeye müessir olacak ameliyatları tercih etmesine sebep oldu. Tüberküloz lezyonları üzerine ancak bir İmmobilisation tesiri yapacak Parafocale müdahaleler bundan doğdu. Bu tip ameliyatların misallerini Mal de Pott'da Fusion maksadile hasta vertebrayı bir üst, bir alt vertebralara bir kemik grafile bağlamayı istihdaf eden Albee ameliyesi, Coxalgie'de tatbik edilen ve hasta mafsalları Trohanter'e kalça arasına konan bir kemik grefile tespiti hedef tutan Arthrodése extraarticulaire ameliyesi, diz mafsalları Tumorblanche'ında noksan ankilozu tamamlamak gayesiyle yapılan Enchevillement ameliyesi, ayak bileği mafsalları tüberkülozundaki noksan ankilozu tamamlamak maksadile yapılan Camera ameliyesinde görebiliriz.

Bu şirürjikal müdahalelerde uzun bir Cure Hélio - marin ve İmmobilisation sayesinde elde edilen müsait bir genel - lokal İmmun - Allergie durumu nihai kemik gref ve tespitlerle Stabilisé edilmek istenmektedir. Bu gün için dahi yapılan bu ameliyatların endikasyonunda ana şart tüberküloz fuayyesinde Necrose kısımların, Sequestre'lerin, soğuk abse-

lerin bulunmamasıdır. Aksi takdirde endikasyon yanlış konmuş olur ki bu da ameliyattan beklenen neticeyi tehlikeye atar. Bu karakterde bir çok vak'alarla karşılaşılması gösteriyor ki Période Préantibiotique tüberküloz fuayyesini Stabilisé etmek için kür sanatoryalden istifade eder ve buna klinik, radyolojik, hümorale vasıtalarla karar verirdi, şimdi tüberküloz fuayyesini Stabilisé etmek için kür sanatoryale ilâveten antibiotique'ler kullanılıyor, bunun kontrolü ise klinik, radyolojik, hümorale vasıtalarla ilâveten fokal müdahalelerle yapılıyor, bu fuayyede anatomi bir istikrar ve bizatihi ankiloza gidis görüldüğü takdirde Parafocale müdahaleler antibiotique'lerin temin ettiği bir hazırlı kdevresinden sonra yapılıyor, Ameliyattan sonra da yine antibiotique'lerle bir Postcure devresi veriliyor. Bir sözle bu ameliyatlar En Plain Cure Antibiotique icra ediliyor.

Elde edilmiş olan büyük ilerlemeyi belirtmek için bir misâl verelim : Bir vakitler bir veya birkaç vertebrayı isgal eden Mal de Pott lezyonlarının à distance ve sağlam dokudan geçilerek blok halinde çıkarılması imkânsızlığı karşısında kür sanatoryalle Stabilisé edilen Foyer'in parafocale müdahale olan Albee ile tespit ve ankiloza sevki yegâne çare olarak kabul edilirdi.

Bu ise hastalığın bazı vak'alarda sinsi olarak kalmasını intac eder az çok uzun bir zaman sonra da Poussé évolutive ve nükslerle karşılaşılır, hastalık tekrar başlayabilirdi. Hazırlık ve Post - cure devreleri tatbiki şartile bu gün Poyer'ye direkt müdahale yapılabiliyor, vertebradaki Carie Curetté edilebiliyor, bu suretle boşalan Caverne içine Spongiösue kemik grefi materyelile dolgu yapılıyor, Para vertebral Abcés'ler göz önünde tamamen açılıp boşaltılabiliyor. Velhasıl En plain cure antibiotique olarak mükemmelen şirürjikal tedavi edilebiliyor, bu ağır yükten kurtulan vertebra kendisini kür sanatoryal ile daha kolay ve emin iyileştirebiliyor.

Bu günkü modern tedavi prensibine göre kemik ve mafsallı tüberkülozları karşısında durumumuz şu olacaktır :

A — Erken teşhis edilmiş taze kemik ve mafsallı tüberkülozlarında bilhassa çocuklarda ki Proliferative synovial lesion'lar gibi taze, her tarafı Vascularisé daha doğrusu Permeable vak'alarda; Kür sanatoryal ile desteklenen, muvafık bir Immobilisation ile himaye edilen mafsallı; Antibiotique'lerin genel ve lokal tatbikile tamamiyle eski hale dönmek üzere tedavisi kat'i olarak mümkün olmaktadır. Yeter ki basil cinsi bu Antibiotique'lere Résistent olmasın, Antibiotique'lerin teşrik veya teelsitli - Combination ve Dosage'ı usule göre yapılmış olsun, Immobili-

sation'larda mafsalların hareketine hürmet edilmiş bunların muhafazası ortopedik cihazların tatbikinde önemle düşünülmüş olsun... Bu takdirde muhafazakâr tedavi çocuklarda hemen daima ve kâhillerde ekseriyetle tam şifa temin eder ve şirürjikal müdahalelerde bahsetmek abes olur.

B — Geç teşhis edilmiş eski kemik ve mafsallı tüberkülozlarında bilhassa kâhillerde Proliferative kemik ve mafsallı lesionları Caséificati-on ve Néecrose ile ittilât ederek ilerlemiş vak'alarda meselâ bir diz Tumeur Blanche'ında tedavi; Kür sanatoryal ile desteklenen muvafık bir Immobilisation himaye altına alınan mafsallı Antibiotique'lere ve lüzumunda fokal şirürjikal müdahalelere arz edilmesile mümkün olmaktadır. Çünkü burada Antibiotique'lerin erişemeyeceği anatomique'lerin erişemeyeceği anatomoque. Karakterdeki lesionlar ile karşılaşmakta, Foyerde, Ankylose'un meydana gelmesine engel olan Tuberculose odakları ile dolu bulunmaktadır.

Şu halde bu vak'alarda tüberküloz odağının Néecrose-Caifié hasılat-tan Antibiotique'lerin uzun müddet intre-focal olarak zerki ve bu suret-le lesionların içine kan yolu ile değil de direkt sevkile eritilerek bertaraf edilmesine veya mafsallı açılarak bu hasılatın göz kontrolü altında Mécanique kaldırılmasını hedef tutan Focal müdahaleler icrasına zaruret vardır.

Hattâ focal müdahalelerle local antibiotique'lerin tatbikinin combination edilmesine de mecburiyet hissedilebilir.

Baltalimanı kemik Hastahıkları Hastanesi Deniz ve Güneş Tedavi Enstitüsünde Période antibiotique 1947 senesinde başlar, o zamana kadar Sanatorium-Cliniqué vasfı taşıyan bu müessesede iyi Klimatik şartlar altında yapılan kür sanatoryal, ilâçlar ve ortopedik tedbirler ve icabında şirürjikal müdahalelerle tedavi temin ediliyordu.

Antibiotique'lerin elimize gelmesile daha geniş imkânlar sağlanmaya başlandı, ve tüberküloz Foyer'lerine direkt müdahale ve Antibiotique'lerin genel ve lokal tatbiki ufku hastanemizde de açılmış oldu.

1947 ve 1948 seneleri esnasında servisimizde bu prensibin 21 vak'a üzerinde tatbikinden elde ettiğim parlak neticeleri :

Kemik ve Mafsallı veremleri ve Abces ve fistüllerin çabuk tedavileri ismindeki broşürümde negretmek suretiyle öncü olmak şerefini kazanmış-tım.

Bunu takip eden senelerde bu prensip üzerinde sistematik olarak hareket eden hastanemiz mütehassısları dünyadaki gelişmelere muhtelif tetkik seyahatları vesilesile ayak uydurma imkânı bulmuşlar ve bu-

gün Kemik Mafsal Tüberkülozlarının modern tedavileri üzerindeki metodlarımızı taazuf ettirerek meydana getirmişlerdir.

Netice olarak : Kemik ve Mafsal Tüberkülozlarının modern tedavisinde ana prensiplerimiz şunlardır:

1 — Kür Helio - marin ile infection'un İmmun-allergie'ye intikal ettirilmesi,

2 — Yazın Güneş kışın ziya tedavileri.

3 — İmmobilisation'un uzuvun fizyolojik fonksiyonlarına zarar vermeyecek şekilde ve kısa devreler tatbiki.

4 — Antibiotiklerin kombine olarak local ve genel kullanılması.

5 — Bu tedavilerle şifaya müsait olmayıp Tüberküloz odakları abses ve Nekrozla dolu olup şifaya mani durumlarda focal müdahaleler tatbiki.

6 — Foyer temizlenmiş Sclerosé ve bizatihi ankylose'a gitmekte olan mafsallara parafocal müdahalelerle fusion'un temini.

7 — Şifadan sonra uzvun normal çalışma kabiliyetinin ve gücünün kazandırılması için Reeducation Fonctionnelle, Hastalanmadan evvel muayyen mesleği olan kimselere eski mesleğini veya durumu ile mütenasip olanını veya hiç mesleki olmayana yenisini kazandırmak için Readaptation professis nelle'den veya yalnız Ruhi Durumlarının ıslâhı ve cemiyete iadelerinin başlangıcı olarak iştigal mevzuundan ibaret bulunan Rehabilitasyon tedavileri tatbiki.

8 — Şifadan sonra çalıştığı halde uzun müddet veya daimi kullanmaya mecbur olduğu yürüme, İstinat ve düzelme cihazlarını hastalara verilmesi.

Dr. Aral GURSEL :

Mykobakterium sınıfı kendi haline ayrı bir alemdir. Ayrı bir âlem dir diyorum, çünkü bunların karakterleri diğer bütün mikroplarınkinden ayrıdır ve kendilerini asit ve alkoole mukavim olmaları ile tanıtmaktadırlar.

Bu asit ve alkoole olan mukavemetlerinden dolayı kolayca tanınıyorlarsa da, bazı hallerde tam bir idantifikasyon yapmak çok güçtür. Çünkü bütün mykobakteriler morfolojikman aynı olup, gözle görebildiklerimiz veyahutta daha doğrusu mikroskopta gözümüzün önünde bulunan

mykobakterinin insan veya hayvanlarda ağır lezyonlar husule getirme kabiliyetinde olup olmadığını, ilk görüşte hiç bir zaman tayin edemeyiz. Mikroskopta gözle görülebilen AAR çok defa banal ve herhangi patojen kudreti olmayan bir mikrop olabilir. Biliyoruz ki mykobakteriler de kendi aralarında ;

1 — Hakiki tüberküloz mykobakterileri

a) — Myc. Tub. var Hominis

b) — Myc. Tub. var Bovis

2 — Paratüberkülozlar (yalnız hayvanlar için patojen)

a) — Myc. Tub. var Gallinaceus

b) — Vole tipi

c) — Soğuk kanlılar tipi

3 — Saprofitler ki pek çokturlar

4 — Atipiker ki bilhassa bu son senelerde ehemmiyet kazanmışlardır.

Diye dört ayrı gruba ayrılmaktadırlar. Bizi bunlardan ancak hakiki tüberküloz mykobakterileri ilgilendirmektedir.

Yukarılarda da arz etmiş olduğum veçhile, mikroskopta gözümüzün önünde bulunan bir AAR m bunlardan hangisi olduğunu gözle tayin etmek imkânsızdır.

Bunların nev'i tayini ancak bir mütehassıs işidir. Hakikati meydana çıkaracak yol çok uzun ve engellerle doludur. Çünkü bu son senelere kadar bilmediğimiz pek çok yeni yeni karakterli variyanlar meydana çıkmıştır. Bunlar arasında virulan olanı ve avirulan olanı olduğu gibi, patojen olanlarla apatojenlerde vardır.

VİRULAN kelimesinin mânası uzun zamanlar biraz müphem kalmıştır. Çünkü tüberküloz hakkındaki büyük treteler bundan hiç bahsetmemektedir. Bocquet 1939 da diyor ki «Virulans mikrobu *invivo* vejetasyon kaabiliyetidir» (1). Griffith 1941 de «Virulans mikroorganizmanın hayvan nesiclerine nüfuz kaabiliyetidir» diye tarif etmektedir. (2).

Dubos 1945 de ise virulans meselesini ele alarak tam bir tarifini yapmaktadır. En iyi tarifi Middlebrook 1946 da yapıyor ve diyor ki «Patojen kudret kelimesi mikroorganizmaların parazite ettikleri canlı üzerinde hastalığa yapma kaabiliyetidir. Virulans ise aynı neviden iki

mikroorganizmanın patojen kudretleri arasındaki patojenite derecesinin ölçüsüdür».

Hauduroy'ya göre ise «Patojenite bir mikroorganizmanın hassas tecrübe hayvanlarında hastalık husule getirme kudretidir. Virulans ise mikrop şusunun fizyolojik karakterlerinin bir neticesinden ibarettir.

Görüyorsunuz ki mikroskopta gördüğümüz mikrobun virulanıdır, değildir?, Patojenmidir, değildir anlaşılmamasına imkân yoktur. Bu hususların tayini ancak laboratuvar ve mütehassısına bırakılmalıdır.

Bu gün ise verem tesislerimizin pek azı müstesna, virulans, patojenite, ilaçlara mukavemet değil, yukarılarda hiç bir kıymeti olmadığını bildirdiğimiz «mikroskopta görme imkânlarından bile mahrumdur» çünkü bu işte çalışacak bir laboratuvarı ve personeli yoktur. Hastane ve verem tesislerimizde gerek teşhis ve gerekse tedavi ancak klinik olarak takip olunabilmektedir. Halbuki ise Melnote, Senault, Sadoul ve Hutten'e göre «Tüberküloz tedavisinde en belli başlı rolü laboratuvar müşahedeleri oynamaktadır. Müelliflere göre laboratuvar müşahedeleri alınmadan yapılan tüberküloz tedavisi hiç bir işe yaramamakta olduğu gibi, insanlığa da fayda yerine zarar vermektedir. Kliniğin gün geçtikçe laboratuvarla teşhisi mesai ilaçların da yerinde ve zamanında kullanılmasını temin etmektedir».

Çünkü : Tüberküloz teşhisinde klinik, radyolojik ve bakteriyolojik usuller arasında ancak sondakiler demonstratif bir teşhis koymaya yaramaktadır. Zira hastalık amilinin görülmesi ve tesbiti bütün şüpheleri izale etmektedir. Buna rağmen bunlar klinik usullerin kıymetlerinden hiç birşey kaybettirmemektedir, zira, bilhassa hastalığın başlangıcında, hastalık amili olan KOCH BAKTERİSİNİ ortaya çıkarmak çok güçtür. Bu zamanlarda klinik müşahedelerle hastanın bakteri zehirlerine karşı olan hassasiyeti ve hematolojik değişiklikler erken teşhis koymaya yarayan unsurlardır.

Gayet tabiidir ki tüberküloz teşhisi erken ve kat'i olmalıdır. Bu gayeye varmak için de bütün teşhis vasıtalarının bir araya toplanması icab etmektedir. Bu muhtelif vasıtaların hassasiyet dereceleri hiç bir zaman birbirine uymamaktadır. Tüberküloz teşhisi için umumiyetle sırası ile aşağıdaki usuller kullanılmalıdır :

- 1 — Direkt mikroskopik muayene
- 2 — Teksifle mikroskopik muayene
- 3 — Tüberkülozda kültür
- 4 — Biyolojik zerk usulleri

1 — Direkt mikroskopik muayene : — Ancak AAR bakterilerin bulunup bulunmadığının tesbitine yaramaktadır. Direkt muayene ile görülebilecek AAR ların hakiki tüberküloz mykobakterisi olsalar dahi «Direkt mikroskopik muayene ile tesbit olunan müsbet adedi kültür usulü ile tesbit olunanın ancak % 34 dür. Yani vakaların % 66 sı gözden kaçmaktadır. Bu nisbet umumî muayenelerimize ait olup, ekstrapülmoner vakalarda tamamen değişmektedir. Mukayeseli olarak işlemiş olduğumuz 416 ekstrapülmoner şüpheli materyelden direkt muayene ile müsbetlerin % 98 nin gözden kaçtığını tesbit etmiş bulunuyoruz (3). Çünkü biliyoruz ki bilhassa cerahatler AAR bakteri bakımından çok fakir olmaktadır.

2 — Teksifle mikroskopik muayene : — Bilhassa bakteri bakımından fakir maddelerden AAR ları meydana çıkarabilmek üzere daha hassas olan teksif veya kültür usullerine müracaat edilmektedir. En iyi netice veren % 4 Sud Kostik kullanan Petriff usulüdür.

Enstitümüzde mukayeseli olarak işlemiş olduğumuz 3400 materyelden müsbetlerin % 62 ni teksif usulü ile tesbit etmekte isek de gene de kültüre nazaran % 38 bir kayıp vardır. Bu rakam küçümsemeyecek kadar yüksektir. Ekstrapülmoner tüberküloza gelince bu nisbet çok daha açıktır, çünkü ekstrapülmoner materyelde teksifle ancak % 19 da bakteri tesbit edebilmiş bulunuyoruz. % 81 i gözden kaçmaktadır.

Mikroskopta AAR bakteri göremedik diye hastanın tüberküloz olmadığına karar verilemez. Tam bir teşhis koyabilmek için materyelimiz mikroskopik muayenelerde ister müsbet, ister menfi olsun, bundan birde kültür yapmak elzemdir. Kat'i kararı verebilecek ancak kültürdür.

4 — Tüberkülozda kültür : — Tüberküloz bakterilerinin kültür şartları başka hiç bir mikrobun kültür şartlarına benzememektedir. Çünkü mikropların hemen hemen hepsi 24 -48 saatte tam bir üreme göstermelerine mukabil, tüberküloz kültürlerinin gözle görünür hale gelebilmesi için en aşağı 15 - 30 güne ihtiyaç vardır. Vasatında da gliserin veya organik maddelerin bulunması da şarttır. Tüberküloz kültürünün geçirmiş olduğu safhalar üzerinde durmayacağım. Ben burada ancak muhtemel bir suala cevap vereceğim. Bu da direkt ve teksifle mikroskopik muayenelerde olduğu gibi, kültür usullerinde de bir perî var mıdır? diye soranlara evet ile cevap vereceğim. Zira ilk mikroskopik muayenelerde AAR müsbet olarak görülen bazı patolojik maddelerden kültür elde edilememiş olabilir. Sebeplerine gelince şöylece sıralanabilir :

1 — Muamele sırasında bakteriler alterasyona uğramıştır. Bu tahribat bazı müelliflere göre % 20 ye kadar yükselebilir.

2 — Mikroskopik muayenede görülebilen bakteriler ölüdür. Ölü olmalarına rağmen morfolojik hiç bir değişiklik göstermeden itrah olmuşlardır.

3 — Bakteriler uzun müddet antibiotiklerle temasta kalmış bulunduklarından vejetasyon kabiliyetlerini muvakaten kaybetmişlerdir. (4)

Tüberkülozda biyolojik zerkler : — Yukarıda bildirilen usullerden herhangi birisi ile teşhis koymuş olursak koyalım, bazı öyle hallerde vardır ki, tecrid edilen süşün patojenite derecesini tayin etmek icab etmektedir. Çünkü biliyoruz ki bilhassa bu son seneler zarfında yeni yeni mykobakteri varyantları meydana çıkmaya başlamıştır. Tabii atipik türlerden bahsetmek istiyorum. Bu gün için bunların da tayini icab etmektedir. Bunlar tecrübe hayvanları için apatojen veyahutta az patojendirler.

Tüberkülozda tecrübe zerkler için en elverişli hayvan kobaydır. Biliyorsunuz bunlar tüberküloz mykobakterilerine karşı çok hassas olmalarına rağmen, bunlarda spontan tüberküloz husule gelmemektedir.

Teşhis ve virulans tecrübeleri için kobaylara cild altı yolu ile zerk yapılmalıdır ve her madde için en aşağı iki kobay zerk edilmelidir. Teşhiste kullanılan kobayın ağırlığının da ehemmiyeti vardır. Bunlar en aşağı 300 gramlık olmalı ve zerkten sonra gıda rejimlerinde hususi değişiklikler yapılmamalıdır.

Ekspirimental tüberkülozda ilk araz zerk yerinde bir nodülün teşekkülü ve bunun absede olması denilmekte isede, Enstitümüzde yapılan müşahedelere göre ilk husule gelen araz bir adenopatidir ki 15 ci günden itibaren mükkemel hissölunabilir. Otopside inguinal ve iliakal ganglionlar büyümüş ve kazeifiye olarak görülür. İlerlemiş vakalarda ağısada bile makroskopik lezyonlar görülebilir. Dalak ve karaciğer büyüştür. Üzerleri sarımtırak nodüllerle kaplıdır. Bunlara akciğerlerde çok nadir tesadüf edilir. Böbrekler nadir vakalar hariç salim kalırlar. Mamafi makroskopik teşhis ancak prezumptiftir. Daima mikroskopik bir muayene ile teyid olunmalıdır. Zira kobaylarda memleketimizde görülmemiş olmakla beraber, tüberküloza çok benzeyen ve bir pastörella tarafından husule getirilen bir de psödötüberküloz hastalığı vardır. Bu vaziyette mikroskopik bir muayene bütün şüpheleri izale eder.

Tüberküloz teşhisi konulduktan sonra, bakteri tipinin tayini ve bunun antibakteriyellere olan mukavemetinin tayini kalmaktadır. Tip tayini için en emin ve basit usul kobay, tavşan ve tavuk zerkleridir. Çünkü şemadan da görüldüğü üzere kobaylar bütün tüberküloz tiplerine karşı hassas almalarına mukabil, tavşanlar bilhassa sığır tipi mykobakte-

rilere karşı hassastırlar. Tavuklar ise yalnız kendilerine mahsus olan kuş tipine karşı hassastırlar.

	İnsan tipi	Sığır tipi	Kuş tipi
Kobay	++++	++++	+
Tavşan	+	++++	++++
Tavuk	O	O	++++

Enstitümüzde yapılan araştırmalara göre, memleketimizde tip bakımından tetkik edilen 2310 süştan ki 2127 sı pülmoner ve 183 ü ekstrapülmoner tüberküloza aittir 2 numaralı cetvelden de görüldüğü üzere : — (5).

	İnsan tipi	Sığır tipi,	karışık	Atipik
Pülmoner tüberkülozda	2005	114 (% 5,13)	2	6
Ekstrapülmoner Tb. da	130	53 (% 8,14)	—	—

bilhassa ekstrapülmoner tüberkülozda sığır tipi mykobakterilerle enfeksiyonlar oldukça yüksek bir nisbet teşkil etmektedir (6). Çünkü tecrid olunan 183 süştan 53 adedi yani % 28,14 dü sığır tipi mükobakterilerle husule gelen enfeksiyonlardır.

Ekstrapülmoner tüberkülozlulardan tecrid edilen süşları şematize edecek olursak (Cetvel 3)

Hastalık şekli	Tetkik olunan süş adedi	İnsan tipi %	Sığır tipi %
Meningit tüberküloz	65	72,30	27,70
Genito üriner Tub.	21	82,35	17,65
Kemik mafsals Tub.	76	68,85	31,15
Cilt tüberkülozu	14	54,00	46,00
Ganglioner tüberküloz	4	25,00	75,00

İstatiğe karıştırılmayan 1 adet peritonit ve 2 adet perikardit tüberküloza ait bu 183 süş arasından 76 sı, burada mevzuumuz olan kemik ve mafsals tberkülozuna ait vakalardan tecrid edilmiştir ve bunların % 31, 15 i sığır tipi tüberküloz mykobakterisi olarak tesbit olunmuştur. Memleketimizdeki bu bulguları başka memleketlerde ve bütün dünyada elde edilen neticelerle mukayese edecek olursak : —

Kemik ve mafsals tüberkülozunda sığır tipi ile enfeksiyon.

Bizde	İngilterede	İskoçyada	Bütün Dünyada
% 31,15	% 18,0	% 42,8	% 20,7

Fraser'e göre ise İngilterede tetkik olunan 67 kemik tüberkülozu vak'asının % 36,27 sinin sığır tipi mykobakteri enfeksiyonlara ait olduğu bildirilmektedir. (6).

Tüberkülozlu bir hastayı tedavi edebilmek için mikrobu görmek ve tecrid etmekle ve hattâ tipini ve virulansını tayin etmekle acaba iş bitiyor mu? Cevabı hayırdır. Çünkü :

Verem mikroplarında tedavi sırasında kullanılan ilâçlara karşı bir mukavemetin husule geldiği sık sık görülen hâdiselerdendir. Antibio ve simioterapiye tabi tutulmamı şimselerden tecrid edilen suşların gerek streptomycin ve gerekse PAS ve İzoniazide karşı çok hassas oldukları malumdur. Bu hassasiyet streptomycin için daima 1 /cc nin altında olup 0,1 — 0,5 /cc arası, İzoniazid için ise daha da düşük olup 0,01 — 0,05 /cc arası oynamaktadır. Streptomycin tedavisinin umumileşmesinden kısa bir zaman sonra ise bütün memleketlerde rezistan suş nispetleri birden bire yükselmiş ve tehlikeler arz etmeye başlamıştır. Bu hususta en iyi örneği Daddi, Luchesi ve Simeoni (7) İtalyadan bildirmişlerdir. Araştırmacılar bir defa 1949 da, ikinci defa da 1952 de memleketlerindeki rezistan suş nisbetlerini tayin etmişler ve bu iki tetkik arasındaki neticeleri mukayese ederek 1949 da rezistan suş nisbeti % 34,9 iken, 1952 de % 56,3 e yükseldiğini ve üç sene gibi kısa bir zamanda % 21,5 gibi küçümsenmeyecek bir artış nisbeti bulmuşlardır.

Memleketimize gelince, dün de burada arz etmiş olduğum gibi, 1951 - 1953 yılları arası yapılan araştırmalara göre streptomycino rezistan suş nisbetimiz % 20 - % 30 arası iken 1954 de birden bire % 81 e, 1955 de % 87 ye yükseldiği tarafımdan tesbit olunmuştur. Bunu mütaakip senelerde ise piyasada istenildiği kadar antibiyotik bulunamadığından rezistan suş nisbeti de düşmeye başlamakta ve 1956 da % 68 e, 1957 ve 1958 de ise % 34 kadar düşmüştür. Kusurum af buyurulsun ama bu düşüş hastalarımızın rasyonel bir şekilde tedavi edildiklerinden değil, piyasada bir şans eseri olarak ilâç bulunamamasından dolayıdır.

İzoniazido rezistans meselesine gelince : Dünya literatürlerinde olduğu gibi (literatür için dünkü celsede tebliğ etmiş olduğum «Tüberküloz mykobakterilerinde İzoniazido rezistans, katalaz aktivitesi ve virulans arasındaki münasebetler» isimli ve gene aynı celsede tebliğ olunan «1951 - 1958 yılları arası Ankara Veremle Savaş Derneği hastanesinde görülen rezistans tahavvülleri» isimli tebliğlere bakılması)

Enstitümüzde yapılan araştırmalar da bu ilâca karşı rezistansın çok daha çabuk teessüs ettiğini ve memleketimizde 1954 de % 24 olan global rezistans nisbeti 1955 de % 76,5 e, 1956 da da % 77 olarak bulunmaktadır. (8).

1957 ve 1958 senelerinde izole edilen suşlar ise % 60 nisbetinde muhtelif derecelerde bir mukavemet kazanmışlardır. Bunların bilhassa % 17,4 dü oldukça yüksek bir mukavemet göstermektedir. Rezistans kazanmış olan bu suşların % 21 i katalazik aktivitelerini de kaybetmiş ve dolayısı ile patojenite ve virulansları da azalmış bulunmaktadır. Fakat bu müşahedelerin insanlığın lehine veya aleyhine olduğu henüz katiyetle tesbit edilememiş vaziyettir.

İzoniazido rezistans için herhangi müsbet birşey söyleyememekle beraber, Baudot ve Dellaud'a göre (9) % 10 SM rezistan ve % 90 SM hassas bakteri karışımı ile enfekte kobaylarda antibiyotik tedavisi hiç bir fayda vermemektedir. Klinikçiler buna her ne kadar itiraza kalkacaklarsa da, lâboratuarda yapılan tecrübi çalışmalar bu hususu açık olarak göstermektedir.

Sözlerime son verirken gene Melnote Senauld, Sadoul ve Hütten'in (10) müşahade ve sözlerini tekrarlıyacağım : —

— «Tüberküloz tedavisinde en belli başlı rolü lâboratuvar müşahedeleri oynamaktadır. Lâboratuvar müşahedeleri alınmadan yapılan tüberküloz tedavisi hiç bir işe yaramamakta olduğu gibi, insanlığa da fayda yerine zarar vermektedir. Kliniğin gün geçtikçe lâboratuvarla teşriki mesai etmesi ise rasyonel bir antibiyoterapi temin etmekte olduğu gibi, ilâçlarında yerinde ve zamanında kullanılmasını temin etmektedir».

INSANLARDA BOVIN TÜBERKÜLOZ ENFEKSYONLARINA KARŞI PROFİLAKSİ NASIL YAPILABİLİR?

Biraz evvel de arz etmiş olduğum gibi, memleketimizde yapmış olduğumuz araştırmalara göre, oldukça yüksek nisbette bovin tip Mykobakteri enfeksiyonlarına rastlanmaktadır.

Gene biliyoruz ki bovin tip enfeksiyonlar, insanlara, bilhassa hayvani menşeli et, süt ve süt mamülleri ile geçmektedir. Et bahsi üzerinde fazla durmayacağım, çünkü etler umumiyetle iyice ve çok defa satacılarca pişirildikten sonra yenmektedir.

Süt ve mamülleri ise, mntakalara göre olmak üzere çiğ olarak istihlak edildiği gibi, çiğ süttten mamüller de hazırlanmaktadır.

Memleketimizdeki vaziyeti bilmemekle beraber, daha eski zamanlardanberi Gerlach, Klebs, Nocard, Galtier, Hirschberger, Ostermann v. s. gibi araştırmacılar, bilhassa ammit tüberkülozlu ineklerin sütlerinde bazan cc. sinden 100.000 i geçen tüberküloz bakterisi bulunduğunu ispat etmişlerdir.

Fransada Martel, Almanyada Ostertag taraflarından yapılan neşriyatlara göre tüberkülin müsbet ineklerin sütlerinde, mamitli olsun veya olmasın % 2 % 4 nisbetinde kontaminasyon vardır. Çünkü Rabinowitch, Kempner, Adami ve Martin, Gehramann ve Evans, Mohler, Moussu gibi ilim adamlarına göre, klinikman en ufak bir lezyon ve arazi bulunmayan ineklerin sütlerinde bile tüberküloz bakterisi bulunabilmektedir. Muhtelif memleketlerde yapılan araştırmalara göre istihlake arz edilen sütlerin kontaminasyon nisbeti şöylece sıralanır.

Edinburg'da	% 20	(Wang)
Milanoda	% 16	(Gossio)
Bern'de	% 8	(Thöni)
New York'da	% 16	(Hayvan Endüstrisi Merkezi)
Washington'da	% 7	(Hayvan Endüstrisi Merkezi)
Şikagoda	% 10,5	
Berlinde	% 14 — 30	(Rabinowitch, Petri)
Klimmer'e göre ise bu nisbet	% 33	dür.

Görüyorsunuz ki muhtelif memleketlerde istihlake arz edilen çiğ sütler oldukça yüksek nispette tüberküloz bakterileri ile kontamine vaziyettedir. Memleketimizdeki vaziyet bilinmemekle beraber, (böyle çalışmaların yapılması şayanı arzu ve memleket menfaati icabıdır) muhakkak olan birşey varsa o da, yukarılarda saymış olduğumuz memleketlerinkinden daha düşük olmadığıdır.

O halde memleketimizde tesbit etmiş olduğumuz bovin tip enfeksiyonların filyasyonu malumdur. Buna karşı ne gibi tedbirler alabiliriz? Söyliyecek pek çok şey varsa da, burada üzerinde durmayacağım. Söyliyebileceğim ancak şundan ibarettir :

1 — Beşeri ve Veteriner tababet el ele vermedikçe, memlekette iyi bir tüberküloz mücadelesi yapılmasına maalesef imkân yoktur.

2 — İnsan ve bilhassa çocuklarımızın, en belli başlı gıdalarından bir tanesi olan süt ve süt mamüllerinin istihsal ve istihlakını kanuni müeyyidelerle kontrol altına almak zaruridir.

Bundan dolayı işe menşinden -yani süt istihsal hayvan ve yerinden başlayarak, iş birliği ile istihlake temiz süt ve mamülleri arz etmek icab etmektedir.

Çünkü biliyoruz ki sütte bulunabilen tüberküloz bakterileri yağ habbeciklerine yapışık olarak bulunmakta ve bilhassa kremada toplanmaktadır. Bu bakteriler fiziki ajanlara karşı zannedildikleri kadar dayanıklı değildirler. Zira 56,6 derecede 60 dakikada, 57,8 derecede 30 dakikada, 58,9 derecede 20 dakikada, 60 derecede 15 dakikada 61,1 derecede 10 dakikada, 62,8 derecede 6 dakikada, 65,6 derecede 2 dakikada, 68,3 derecede 1 dakikada, 71,1 derecede 30 saniyede, 76,6 derecede 20 saniyede ve 80 derecede de aniyen ölmektedirler.

Demek oluyor ki istihlake arz edilecek sütlerin pastörizasyonu işi kısmen hal etmiş olacaktır.

Süt mamullerine gelince : — Boovers'e göre Tb. Bakterileri Tere yağında 3 hafta, Harrisona göre peynirde 40 gün canlı ve patojen kalabilmektedir. Mamafih bu bulgular peynir nev'i ve imal tekniğine göre değişebilir.

Dr. Orhan ARSLANOĞLU :

Akciğer verem savaş dernekleri kemik tüberkülozunu da taramalarda ayırıp, hastahanelere göndermek için tüzüklerine de bir madde koymalıdır.

Dr. Tefik İsmail GÖKÇE :

Kemik verem mevzuu ile meşgul olmak üzere ayrı derneklerin kurulmasına pratik bakımdan imkân olmayacağı kanaatındayım. Böyle bir derneğin yapacağı iş değişmeye yardım ve halkı bu sahada tenvir ve irsad olduğuna göre verem mücadelesi gönüllü teşkilât esasen bununla meşgul olmakta dispanserimizde olsun, dernek çalışmalarında olsun tefrik yapılmaksızın akciğer dışı tbc ile de meşgul olmaktadır. Neşriyatımızda daima bu husus nazarı itibara almaktadır.

Yatak meselesine gelince arkadaşlarımın fikirlerine tamamen iştirâk ederim. Arttırılması muhakkak lazımdır. Ancak memleketteki kemik veremi sayısı yüzbinlerle ifade edildiğini ve bu sayıya göre yatak temini gayri mümkün olduğuna nazaran bunların en büyük kısmı hastane dışında tedavi edileceklerdir. Bu tedavinin arkan derecesinde fai-

deli olabilmesi için mevcut yatakların müdahale icabettiren vakalara tahsisi şartile azami de devir yapılara temin edilmeli ve bu sahada mütehasşis arkadaşlarımız tarafından ve sağlık personelinin verem mücadele tesislerinde çalışanların ve halkı teşhis ve bilhassa tedavi sahasında tesvir etme imkânları temin edilelidir. Bize yanı Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneğine verecekleri direktiflerini her vasıta ile yapmaya amadeyiz.

Şimdi bovin tipi tbc. basilleri ile husule gelen enfeksiyonlara geliyorum Bizim Heybeliada sanatoryumunda 250 si akciğer dışı lebyonlar olmak üzere 1000 suş üzerinde yaptığımız bir araştırmada hiç bovin tipi basile rastlanamamış ve bunu büyük bir memnuniyetle karşılamış ve süütün kaynatılarak içilmesi ile izah etmiştik. Halbuki Ankara'da Prof. Abdulkadir Noyan'ın bir tebliğinde % 17 bovin tip basil teşhis edildiğini ve şimdide aral arkadaşımızın kemik veremi materyelinde % 31, menenjit tbc. de % 20 bulduklarını ve köylülerin sütü mutad olarak kaynatmadıklarını öğreniyoruz. Akciğer lezyonlarından alına nsuğlarda bovin tipi basillerin nisbetini % 5 bulduklarını göre bu meselede insandan insana bulaşma mevzuu bahsolmayıp esas sirayetmenbainin süt ve süt mamûlatı olduğu aşikârdır. Bu bulaşmayı önlemek için süütün kaynatılarak içilmesini temin etmek ve süt mamûllerinin pastörize edilerek hazırlanmalarını sağlamak lâzımdır.

Birincisi halkın sağlık eğitimi ile ikinciside bu işle alâkalı resmi teşkilât tarafından yapılacaktır. Bunu tensip ettiğimiz takdrde bir kongre temennisi olarak alâkalılara duyurmak faydeli olacaktır.

Dr. Aral GÜRSEL :

Sayın Dr. T. İ. Gökçe konumuzun «kemik veremi tüberkülozundan tesbit edilen basillerde bovin tipi var mıdır? sualine müsaadenizle geçen kongrelerde yapmış olduğum teklifleri hatırlatarak arf vereceğim.

Tetkik etmiş olduğumuz 2310 suştan ancak 183 extrapulmoner tüberkülozu aittir. Şöyleki pulmoner tüberkülozu tip enfeksiyon nisbeti %, 5, 13 extrapulmone tüberkülozda ise % 24,17 olarak bulunmuştur.

Extrapulmoner tüberkülozlulardan elde edilen suşlar lokalizasyonlara göre olmakızı edilecek olursa :

Menenjit Tbc den	65	suştan	% 27,70
Gemto urinz Tbc. da	21	suştan	% 17,65
Kemik mafsals Tbc. da	76	suştan	% 31,17
Cilt tüberkülozda	14	suştan	% 46,00

bovin tipi miskobakteri enfeksiyonlarına aittir.

Memleketimizdeki bu bulguları başka memleketlerde ve bütün dünyada elde edilen neticelerle mukayese edecek olursak :

Memleketimizde % 31,15, İngilterede suşu istatistiklere göre % 18. Fraser'e göre ise % 36,27 olarak gösterilmektedir. İskoçya'da % 42,8, Bütün dünyada ise germet enx' nin istatistiklerine göre % 20,7 olarak tesbit etmektedir.

Demek oluyor ki diğer tipi bakterilere enfeksiyonlar memleketimizde oldukça bir makam teşkil etmektedir.

Dr. Avni DURAMAN :

Dr. Nüzhet Ziyal akciğer tüberkülozu tedavisinde kollaps tedavisinin çok azaldığını görmekteyiz. Kemik tüberkülozunda anti bakteriyellerle tedaviden sonra kemik tüberkülozu cerrahisine müsbeetti azalmıştır.

Dr. Avni Duraman : Cerrahi müdahale bilâkis çoğalmıştır. Zira antiboterapi cerrahiye zorlamıştır. Bu ilaçlar mihrak içine geçmediğinden lilo ke etmek mecburiyeti hasıl olmuştur.

Dr. Necdet MENEMENLİ :

Akciğer Tüberkülozunun antibiotiklerle tedavisinde tipik patolojik bulguların değiştiği malumdur. Kemik Tüberkülozunun antibiotik tedavisinde Patolojik bulgular Nasıldır?

Dr. Baha OSKAY :

Akciğer tüberkülozunda olduğu gibi, kemik ve mafsals Tüberkülozunda da Exudalive şekillerin; basilin kuvvetli hücumu karşısında organizmanın zaif bir rezistans reaksiyonu; Productive şekillerin ise basile karşı kuvvetli bir rezistans reaksiyonu belirtisi olduğu malumdur.

Bu anatomo - biolojik konsepsiyonun ifadesi Jadasohn tarafından aşağıdaki şekilde şematize edilmiştir:

I. A — Çok Bakteri + zaif spesifik allergie = non spesifik şiddetli savunma reaksiyonu, umumi bir infection tablosu.

B — Az Bakteri + kuvvetli spesifik allergie = hastalık bölgesinde tipik Tüberküloz dokuları teşekkülü.

Fakat son zamanlarda yapılan tetkikat lezyonların meydana gelmesinde yalnız Koch basilinin değil toksinin de mühim rol oynadığı, mucip olduğu vazo - motor bozukluklar işemi ve Necrose'larla anatomik şekillerin teşekkülünde amil olduğunu göstermiştir.

Bu hâdisenin ifadesi URBACH'ın tarafından aşağıdaki şekilde şematize edilmiştir :

II. A — Çok antijen + azantikor = akut Necrose.

B — Çok antijen + çok antikor = Eksudat.

C — Az antijen + çok antikor = Proliferation.

Burada Basil ve Toksin faktörlerinin çeşitli potansiyeller üzerinden tesirleri değişik anatomik şekillerin vücut bulmasına yol açmaktadır. Meselâ bir hipotez olarak :

1 — I. A + II. A = Exudative veya exudative Casécuse osteo arthriteleri meydana getirmektedir.

2 — II. B = hydrarthrose'ları meydana getirmektedir. Çünkü bunların hakikatte Juxta epihy' saire T. B. Odaklarının yaptığı toksik reaksiyon'dan başka birşey olmadığı malûmdur.

3 — I B + II C = Productive Osteo - arthrite'leri meydana getirmektedir.

Bu lezyonların antibiotikler karşısında gösterdikleri patolojik değişikliklere gelince :

1 — Saf Exudative yeni Osteo - arthrite'ler gibi permeable olan lezyonlarda antibiotik'in kandaki Konsantrasyonuna göre kısa zamanda Hyperlemie azalır.

İnfiltrasyon geriler, ödem kayıp olarak sclerose'a giderler. Exudative casecuse Osteo - arthrite gibi caseumlu impermeable lezyonlarda Perifocal infiltration azalmasından başka mühim bir tesir görülmez çünkü buradaki lezyonlar organizmanın irtibat ve kontrolünden kurtulmuş hakiki bir yabancı cisim mahiyetinde olduklarından kan yoluyla gönderilen antibiotikler için erişilemez sahalara olur.

2 — Hydrarthrose'lar — da antibiotik concentration'u - Mafsal synovialikan ve visversa olarak aynı nisbeti taşır. Bunların

akibeti Juxta epifysaire kemik lezyonunun anatomik şekline bağlı olur.

3 — Productive Osteo - arthrite'ler gibi lezyonlarda Proliferation galip, necrose yok veya pek az binaenaleyh antibiotikler için permeable vak'alarda kandaki concentration'a göre kısa zamanda nettoyage ve sclerose'a gidiş başgösterir.

(T. İsmail Gökçe) Kemik veremi ile mücadele chemoprophylaxie hakkında ne düşünülmektedir?

(Dr. İhsan Balım) Kemik Tüberkülozunda Prophylaxie diye bir şa his varmıdır. Kemik tüberkülozu patogeniesinde Post - primäre Dissemination'un pek mühim rolü dikkate alınır mı chemoprophylaxie'nin Ostitis tuberculosa'nın oluşuna mani olabileceği kabul edilebilir mi?

Dr. Baha OSKAY :

Ranke'nin Primaire allergie devresinde akciğer, bademcik ve sair malûm yerlerde bir chancre d'inoculation veya primaire complex meydana geldiği ve iskelet dissemination'unun bu hâdiseden az çok uzun bir zaman sonra secondaire - allergie devresinde meydana geldiği malumdur. Çocukta vaktinde yapılacak olan bir chemo prophylaxie ile tüberküloz infectionu önlenemez olursa primaire ve post primaire devrelerine mâni olunmuş ve binaenaleyh iskelet localisation'u ihtimali de ortadan kaldırılmış olur.

**Celse Konusu : Non - Tüberküloz
Akciğer Hastalıkları**

ONİKİNCİ CELSE

Celse Başkanları : Dr. Enver BOZYAKALI — Dr. Abit KÖYMEN

Celse Kâtipleri : Dr. Beyhan KILIÇÇÖTE — Dr. Recai SOMER

MEMLEKETİMİZDE MESLEK BAKIMINDAN AKCİĞER KANSERİNİN DURUMU

Dr. Faruk ERTUĞ

Heybeliada sanatoryumunda 1952 senesinden 1958 senesi mayıs ayına kadar geçen zaman zarfında müşahede edilen 129 akciğer tümörü vak'asını meslekleri bakımından incelemeyi uygun bulduk. Bunlardan 122 tanesi primer bronş kanseridir. Diğer 7 si selim, metastatik veya mediastinaldirler ki bunları mevzuumuzun dışında bırakıyoruz.

Akcığer kanseri asrımızın başlarında nadir görülür bir hastalık idi. Bu gün ise en sık müşahede edilen bir kanser tipi haline gelmiştir. Bu artışın reel olmayıp teşhis vasıtalarında husule gelen tekâmülden ileri geldiği mütalâası serdedilmiştir. Cerrahinin kaydettiği inkisâf erken teşhisin ehemmiyet kazanmasına sebep olmuş ve dolayısı ile bu hastalığa karşı duyulan alâkayı arttırmıştır. Binaenaleyh müşahede edilen bu kesret zahiridir. Nitekim tedavi imkânlarının hiç bulunmadığı bir devirde, hastanın ölüme mahkûmiyetini ifade eden böyle bir teşhiste acele etmek için bir sebep yoktu. Hattâ bilâkis kaçınılamaz bir teşhis olarak karşımıza çıkıncaya kadar beklemek için psikolojik sebepler mevcuttu.

Fakat istatistik çalışmalar artışın hakiki olduğunu ifade etmiye yetecek bir kat'iyet arzetmektedir. Teşhis ve tedavi imkânları aynı derecede geliştiği halde yaşa göre tashih edilmiş istatistiklerde diğer organ kanserlerinden ileri gelen ölüm nisbetinde yüzde 2 bir artış görülmesine mukabil bu artış akciğer kanserlerinde yüzde 250 dir. Ameri-

Heybeliada Sanatoryumu çalışmalarından.

kada 1933 senesinde akciğer kanerinden 3410 kişi ölmüş iken bu rakam her sene biraz daha kabarak 1954 senesinde 21582 ye çıkmıştır. Nüfus artışının ve vasati ömrün uzamasının bu çoğalmada bir rol oynamasını düşünenler bulunabilir. Fakat yaşa göre tashih edilmiş akciğer kanserinden ölüm istatistiklerinde her 100.000 kişide ölüm nisbeti 1914 senesinde 0,7 iken 1952 de 22 dir. Dikkati çeken diğer ifadekâr bir husus da artışın erkek nüfusa münhasır olmasıdır. Şekil : 1 müessesemize müracaat eden 122 vak'ının senelere taksimini göstermektedir. Bütün dünya istatistiklerine muvazi olarak erkek hastaların gittikçe arttığı görülmektedir. Kadın hasta gurubunda ise müracaat aynı kalmıştır. E. C. Hammond ve W. Marchle'in doğum tarihini ve yaşı nazarı itibara alarak tertibledikleri 1 No. lu tablo enteresan malumat vermektedir: Akciğer kanserinden ölümün her jenerasyonda bir evvelkine nazaran daha fazla olduğu, gittikçe daha genç yaşlarda başladığı ve aynı zamanda yaş ilerledikçe çoğaldığı görülmektedir. Jenerasyon nazarı itibara alınmadan yapılan yaş istatistiklerinde ise ölüm nisbetinin yaşla artarak bir zirveye vardığı ve sonra tekrar azalmaya başladığı müşahade edilmektedir. Bizim hastalarımızın yaş grafiğinde de aynı karakter görülmektedir (şekil : 2).

Hakiki bir artışın mevcudiyeti akciğer kanserinin sebebini bulmaya matuf araştırmalara hız verici bir tesir icra etmektedir. Çok istikametli olan bu araştırmaların bir kolunu da istatistiklere dayanan epidemiolojik tetkikler teşkil eder. Bu şekilde akciğer kanserinin görülüş nisbeti ile muhtelif şüpheli ajanlar arasında mevcut olabilecek münasebetler araştırılmaktadır. Bir münasebet müşahade edildiği takdirde iki ihtimal varıdır: a) Ya tesbit edilen husus amil olarak hakiki bir rol oynamaktadır. b) Yahut da bu tesbit edilen faktör ile hakiki sebep tesadüfen bir arada bulunmaktadırlar. Hâlen akciğer kanserinin teşekkülünde rolü olması ihtimali olan faktörler insanlar tarafından teneffüs edilen muhtelif terkipde tozlar, tebahlûrat ve gazlardır. Bu bakımdan çalışmalar üç umumi kategoride mütalea edilebilir :

1 — Meslekle ilgili olarak işçilerin teneffüs etmekte oldukları muhtelif tozlar, gazlar, v.s.

2 — Meslekle âlakası olmaksızın bütün insanların maruz bulundukları atmosfer şartları.

3 — Sigara dumanı.

Mevzuumuz haricinde olmakla beraber vak'alarımızdan yüzde 74 ünün sigara tiryakisi olduğunu ve bütün dünya istatistiklerinde sigara dumanı ile akciğer kanseri arasında kat'i bir münasebet müşahade edildiğini zikretmek isteriz.

İnsanlar binlerce senelerden beri maden işletmekte ve onu kullanmaktadır. Fakat 1900 senesinden sonra sanayi bilhassa büyük bir inkişaf kaydetmiş, fiziki ve kimyevi pek çok yeni madde ilk defa olarak asrımızda atmosfere karışmıştır. Buna muvazi olarak nüfusta da bir artma kaydedilmiş ve bahusus garp dünyasında sanayileşme ile birlikte nüfus kesafeti köylerden şehirlere doğru kayarak büyük sanayi merkezlerini doğurmuştur. Bütün bunların neticesinde gerek terkip, gerek vüs'at bakımından şimdiye kadar mevcut olmayan yepyeni şimik bir atmosfer ortaya çıkmıştır. Bu şimik atmosfer bazı bilinen ve daha evvelden mevcut meslek hastalıklarının artmasına sebep olduğu gibi bazı yenilerinin doğmasını da intac etmiştir.

Bazı sanayi şekillerinde işçilerin maruz kaldığı kimyevi madde tek ve basittir. Bunlarda akciğer kanserinin çok görülmesi aradaki münasebetin kat'i olarak ifadesini mümkün kılmaktadır. Bu tarz bir münasebetle meydana çıkan ve akciğer kanserine sebep olduğu kat'i surette bilinen yegâne maden uranium' dur. Almanyada Erzgebirge madenlerinde çalışanlarda yüksek mortalite gösteren bir akciğer hastalığının mevcudiyetini Agricola onaltıncı asırda tarif etmiştir. Bergkrankheit denilen bu hastalığın akciğer kanserinden başka bir şey olmadığı 1879 senesinde Haerting ve Hasse tarafından gösterilmiştir. Ölen madencilerden yüzde 75 inde ölüm sebebi akciğer kanseridir. Hastalık mutad olarak madende 20 sene çalıştıktan sonra teessüs etmekte ve 600 - 700 kişiden ibaret olan madencilerden aşağı yukarı her sene 22 si akciğer kanserinden ölmektedir. Bu gün ise ilmin tekâmülü sayesinde buna radyoaktif filizlerin ve uranium'un sebep olduğu kat'i şekilde anlaşılmıştır.

Bazı def'a ise bir münasebet görülmekle beraber bir kat'iyet mevcut değildir. Meselâ Almanyadaki krom madenlerinde çalışanlarda görülen yüksek musabiyet muhtelif müelliflerin nazarı dikkatini çekmiştir. Machle ve Gregorius'un tetkiklerine göre Amerikadaki krom endüstrisinde çalışan işçilerden yüzde 34 ünde ölüm sebebi kanser ve bunlardan yüzde 63'4 ünde akciğer kanseridir. Kontrol olarak alınan sair endüstri işçilerinde bu nisbet yüzde 8,7 dir. Krom işçilerinde akciğer kanserinden ölümdüğer işçilerle mukayese edilirse 50 yaşına kadar 70 def'a, 50 yaşından sonra ise 40 def'a daha fazladır. Maamafih krom yeryüzünde boyalarda, pas koruyucusu ve katalist ajan olarak çok yaygın ve bol miktarda kullanıldığı halde, ciltte bir takım ülserasyon ve dermatitislere sebebiyet verdiği bilinmekle henüz akciğer kanserinin teşekkülünde rol oynadığına dair mevcut epidemiyolojik deliller kâfi değildir. Bizim memleketimiz de krom bakımından zengin başlıca memleketlerden biri olduğu ve İstanbul'da kromajla iştigâl eden pek çok işçi

bulunduğu halde, bize müracaat eden hastalar arasında mesleği bakımından kromla ilgisi olana rastlamadık.

Şüphesiz altında bulunan diğer bir maden de nikel'dir. Muhtelif memleketlerin nikel madenlerinde çalışanlardan bazılarında akciğer kanseri sık görüldüğü halde bazılarında görülmemektedir. Bu sebeple müessir olan acaba nikelin hususi bir tuzumudur, veya muayyen bazı şartların iştiraki mi icab etmektedir, yoksa zaten nikel ile bir âlaka mevcut değil midir henüz bilinmiyor.

1885 de Friedlander'ın akciğerin kronik iltihaplı hastalıklarının kansere sebep olabileceğini bildirmesinden beri pnömokonyozis ile mevcut olabilecek bir âlaka araştırılmaktadır. Pnömoniozis'i yapan tozların karsinogenik bir tesiri olması çok şüphe ile karşılanmalıdır. İstatistik çalışmalar bu kabil hastaların ve bilhassa silikozluların akciğer kanserine karşı bir pozisyonlarının bulunmadığını göstermiştir.

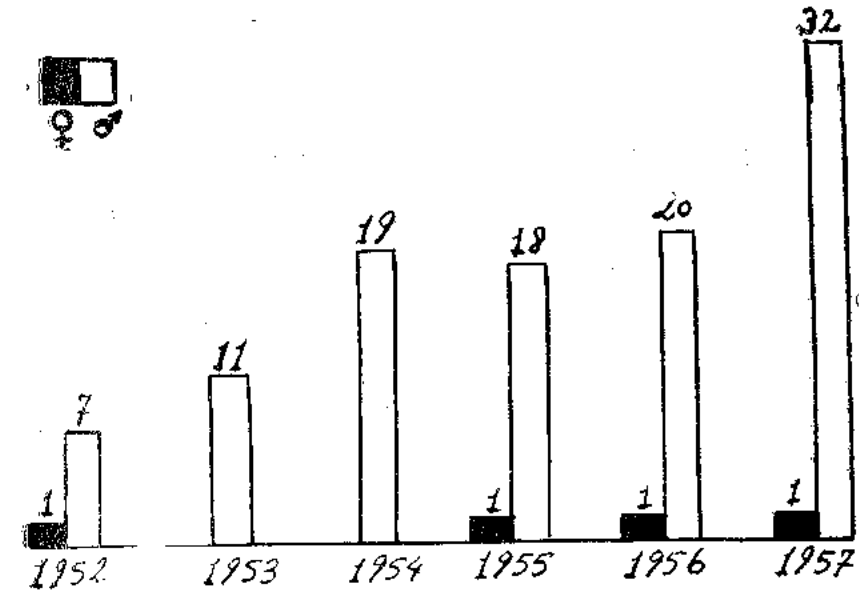
Bu gün için akciğer kanseri bakımından tehlikeli telâkki edilen ve etiyolojik bir münasebetin bulunması şüphesi mevcut olan meslekler : Maden işçiliği, tenekecilik, bilcicilik, boyacılık, hakkâklık, ve döküm-cülük'tür. Bizim vak'alarımızın meslekleri tablo II de gösterilmiştir. Görüleceği üzere yukarıda zikredilen mesleklere dahil edilebilecek sadece 3 bakır işçisi mevcuttur. 28 rakamı ile memur ve emekliler başta, 23 kişi ile amele sınıfı ikinci gelmektedir. Gerçi vak'a adedinin az oluşu, memleketimizde işçi sigortalarının ve maden işletmelerinin hususi sağlık teşkilâtına sahip bulunmaları bu tablonun istatistik değerini düşürmektedir. Fakat bilhassa zikredilen tarihler arasında müdahale adedi ve ameliyat imkânları bakımından müessesemizin önce gider durumu ve türkiyenin her tarafından ve her çeşit hasta kabul etmesi nazarı itibara alınacak olursa elimizdeki materiyele dayanarak memleketimizde akciğer kanserinin teğekkülünde mesleğin ifadekâr bir rol oynamadığı neticesini çıkarmak yanlış olmaz kanaatindeyiz.

TABLO : I

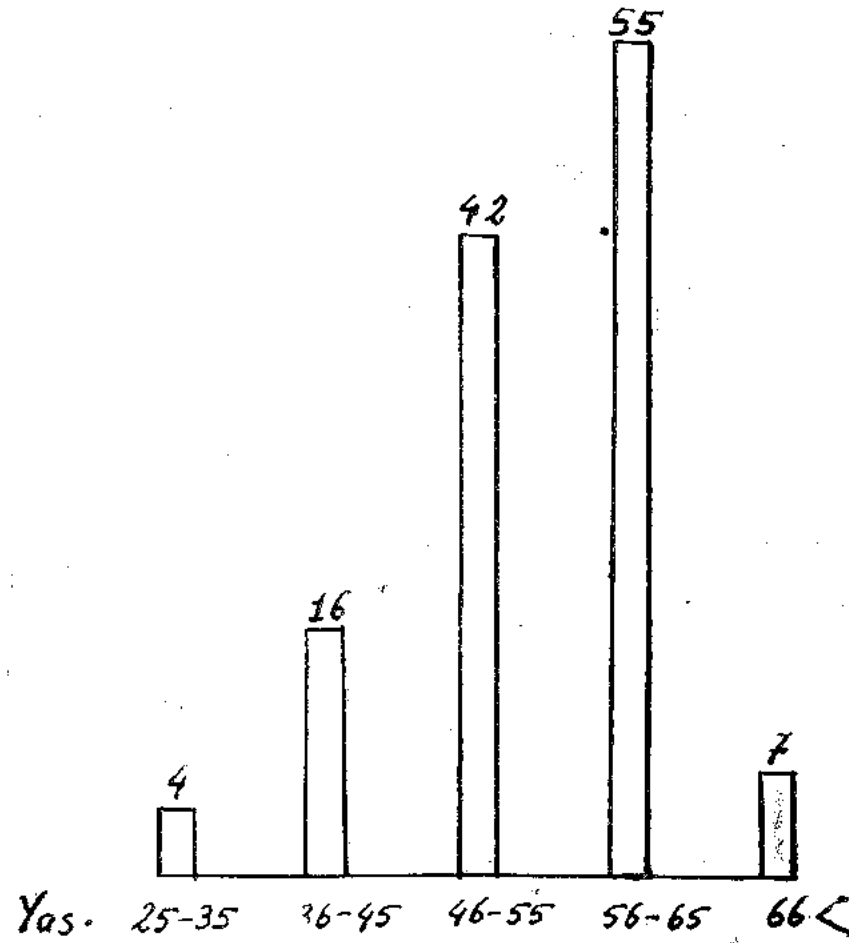
Doğum tarihi erkek (beyaz)	Muhtelif yaşlarda her 100.000 kişide akciğer kanserinden ölenler				
	35—44	45—54	55—64	65—74	75—84
1855—1865				26,4	51,7
1865—1875				20,1	53,8
1875—1885			10,7	47,4	119,4
1885—1895		3,4	23,8	95,9	
1895—1905		6,0	39,1		

TABLO : 2

Kireç imalcisi	1	Bakır işçisi	3
Kunduracı	1	Doktor	3
Aşçı	1	Tüccar	3
Terzi	1	Marangoz	3
Avukat	1	Ev kadını	4
Nalbur	1	İşsiz	4
Halk imalcisi	1	Şoför ve maknisi	5
Eczacı	1	Duvar işçisi	6
Berber	1	Bakkal ve büfeci	8
Kasap	1	Çiftçi	14
Seyyar satıcı	2	Amele	23
Bahkçı	2	Memur ve emekli	28



Şekil: 1



Sekil:2

EREĞLİ KÖMÜR HAVZAMIZDA KÖMÜR İŞÇİLERİ PNÖMOKONYOZİSİ VE TÜBERKÜLOZLA MÜNASEBETİ ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

Dr. Celal ERTUĞ

Dr. Lütfü GÖRBÜZ

Sanayiın gelişmesi tabette mesleki hastalıklar mevzuunu ortaya koyar. Sanayi sahasındaki bir çok mesleklerin çalışma şart ve vasıtalarına göre sağlığı bozucu neticeleri vardır. Her gün daha büyük işçi kütlesini içine alan muhtelif iş sahalarında mesleki hastalıklar ve bunlardan korunma dâvası kendiliğinden ilk plâna gelmiştir ve mediko-legal bir manâ taşır.

Sanayileşen dünyada yerini alan memleketimizde meslek hastalıkları mevzuu kendisini şiddetle hissettirip tıbbi ve kanunî esaslara bağlanmıştır. Bunlara rağmen hâlen aydınlatılması gereken hayli karanlık noktalar vardır. Bu sebeple araştırmamız mesleki hastalıklar mevzuunda faydalı bir adım olacaktır.

Araştırmamızı yaparken iki ayrı istikâmette çalıştık ;

1 — Hâlen çalışmakta olan 49 lâğımcı ustası ile 7 kok fabrikası işçisinin pnömokonyozis bakımından tetkiki,

2 — E. K. İ. merkez hastahanesinin 1951 - 1957 tarihleri arasındaki arşiv dosyalarından pnömokonyozis teşhisi almış vakaların tesbiti.

Arşivden 719 pnömokonyozisli vaka tesbit ettik. Bunların tüberkülozla, yaşla, zararlı toza maruz kalma müddetiyle, sedimantasyon hızı ve akciğer fonksiyonları ile münasebetlerini aradık.

Elimizde radyografileri bulunan pnömokonyozisli vakaları radyolojik olarak E. MARTIN'in teklif ettiği,

I. Devir (Başlangıç halinde mikro nodüller)

II. Devir (Nodüller)

III. Devir (Psödo - tümöral)

vakalar olarak guruplandık. Bu guruplardaki vakalarında yukarıda aradığımız belirttiğimiz hususlarla ayrı ayrı alâkalarını tetkik edip cetveller halinde gösterdik.

Ayrıca maden ocaklarının ve işçinin çalışmasını, yerinde şartları ile görüp araştırdık. Bu maksatla Kozlu Bölgesi Uzun Mehmet Kuyusuna indik. İşçinin çalışmasını ve ocağın toz kesafetini yakından müşahade edip alâkahılardan malûmat aldık.

Tozdan korunma hususunda ocakta başlıca alınmış iki tedbir göze çarpıyordu. Birincisi ve en kıymetlisi kayaların delinmesinde sulu metotunun tatbiki, ikincisi havalandırma. Alâkahılardan, sulu metodum havzada yalnız Uzun Mehmet Kuyusunda kullanıldığını öğrendik.

Delinen kayalar % 85 nisbetinde silis ihtiva etmektedir. Delme işinde kullanılan motoperforatör 4 delici ile techiz edilmiştir ve deliciler ortalarından su sevk edilebilecek şekilde düzenlenmişlerdir. Delme işi yapımızda evvelâ kuru, sonra sulu metotla yapıldı. Böylece heriki çalışma şeklinde meydana gelen toz kesafeti mukayeseli olarak müşahade edildi.

Havza baş hekimliğinin delâletiyle kok fabrikası laboratuvar şefi Yüksek Kimya Mühendisi En. Rezzan ŞAHİNBOZKIR tarafından özel metotla sulu ve kuru metotlarla çalışma esnasında meydana gelen toz kesafeti m3/gr. olarak tayin edildi. Verilen raporda aşağıdaki bilgiler vardır;

KOZLU BÖLGESİ UZUN MEHMET KUYUSU

Tecribenin yapıldığı yer : — 300 m. 22704 lâğım.

4 moto - perforatör burgusu (Su ile) 1,64 m3/gr.

4 moto - perforatör burgusu (Susuz) 2,45 m3/gr.

Bu raporda objektif olarak görüldüğü gibi sulu ve kuru metotlarda toz kesafeti kuru metot aleyhine % 149 daha fazladır. Aşikâr faydaya rağmen işçi kuru metotla daha sıratlı çalışabildiği ve yaptığı fazla iş mukabilinde prim aldığı için maalesef bu metotla çalışmayı tercih ve tatbik etmektedir.

Kömür damarları, kayalara nisbeten çok az silis ihtiva ederler. Bu miktar % 5 civarındadır. Damarlarda kazma ile çalışıldığı için hem toz kesafeti azdır, hem de şüphesiz zararlı hududa erişmiş küçüklükte toz teşekkül imkânı makinalı çalışmaya nazaran daha düşüktür.

Dışarının temiz havası, her lâğımın son noktasına kadar gelen borularla sevk edilir. Bu hava işçinin temiz hava ihtiyacını karşıladığı gibi, metan gazının ocaktan tahliyesini ve çalışma esnasında meydana ge-

len yüksek kesafetteki zararlı tozun kısa zamanda dilüe olup dağılmasında sağlar. Ocağın diğer kesimlerindeki havada, toz kesafeti normal havadaki kadar azdır denilebilir.

Bu müşahedelerimizle en çok zararlı toza maruz kalan işçilerin lâğımclar olduğunu tesbit ettikten sonra bunların arasında pnömokonyozis durumunu aramayı uygun bulduk.

Hâlen çalışmalarına devam eden Kozlu Bölgesi lâğım işçilerinden 49'unu E.K.İ. Merkez hastanesine çağırarak, 30X40 ebadında P.A. akciğer radyografisi, fizik muayene, tüberkülin testi (P. P. D. ile), direk metotla aside rezistan bakteri (A. R. B) tetkiki, sedimantasyon, akciğer fonksiyonları bakımından az çok bir bilgi sahibi olmak gayesiyle; radyoskopik tetkik, göğüs genişlemesi, basit spirometri ile vital kapasite, küçük dolaşım sahası hakkında bir bilgi sahibi olmak gayesiyle de eterle kol - akciğer dolaşım zamanı tayin ettik.

Neticede, 49 vakanın 34'ünde radyolojik olarak pnömokonyozis (silikozis, kömür işçileri pnömokonyozis'i) tesbit ettik. (% 69). Bunların 32 si I. Devir (% 94), biri nodüler (% 3), diğeride psödo - tümöral manzaradaydı. Geriye kalan non silikotik 15 vakanın bir tanesi amfizemli, biride muhtemelen inaktif tüberkülozlu diye düşünülebilecek radyolojik gölgeler gösteriyordu. Diğer 13 grafi tamamen normal manzarada idi.

Ortalama yaş; silikozisli vakalarımızda 30 dur. İçlerinden en genç 23, en yaşlı 60 yaşındadır.

Tüberkülin testi; bütün vakalarımızda müsbet bulundu.

Balgam tetkiki; 30 işçiden balgam alınabildi. Bunların 20'si silikozislidir. Hiç birinde A.R.B. tesbit edilemedi.

Sistem muayeneleri; solunum sisteminde silikozisli olanların yalnız 5 tanesinde patolojik olarak tek tük ronküsler alındı. Bunlardan biri radyolojik I. Devir, II. Devir'dendir.

İşçilerin lâğımcları olarak çalıştıkları müddet araştırıldı. Silikozisli vakalarda bu müddet en az 3 sene, en fazla 24 sene olarak tesbit edildi. Vakalarımızda silikozisin teşekkülü için ortalama tozlu yerde çalışma müddeti 10,7 sene bulundu.

Sedimantasyon hızı; silikozisli olanların 14'ünde (% 41) yüksek bulundu. III. Devirde (psödo - tümöral) olan vakamızda sedimantasyon hızı 35 mm. ile en yüksekti. Nodüler vakamızda bu rakam 28 mm. dir. I. Devirdeki vakalar arasında sedimantasyonu 32 mm. yi bulan vakalar olduğu gibi 20 tanesinde de rakamlar tamamen normal hudutlardadır.

Göğüs çevresini ölçme deneyi; derin enspiryum ve derin ekspiryumdaki göğüs çevreleri arasındaki fark olarak tayin edildi. İşçi muhtelif menfaat mülâhazaları ile bizimle hemen daima iş birliği yapmaktan kaçındı. Elde ettiğimiz rakamların 4 cm ve üstü normal kabul edildi. Buna göre bütün vakaların 12 sinde göğüs genişlemesini normalin altında bulduk. Bunlardan biri tamamen normal bir işçiye aittir. Nodüler vakada göğüs genişlemesinin normal hudutlarda olduğuna işaret etmek yerinde olur.

Basit spirometri ile vital kapasite tayini; 49 işçiden yalnız 2 sinde 3000 cc. nin altında netice verdi. (% 2). Her ikisinde I. Devirdeki vakalar arasındandır.

Radyoskopik akciğer fonksiyon tetkikinde; yalnız amfizemi vakada diafragmaların düzleştiği, enspiryum ve ekspiryumda hareket mahdutluğu, ekspiryumda akciğer parlaklığının enspiryuma nazaran büyük farkla azaldığı, reto sternal ve retro kardiak mesafelerin ekspiryumda tam kapanamayışı müşahade edildiğinden akciğer fonksiyonlarının düşüklüğüne birer belirti olarak kabul edildiler.

Diğer bütün vakalarda radyoskopik olarak, fonksiyon bakımından bozukluğa delâlet edecek bir hal tesbit edilmedi.

Radyolojik olarak nodüler ve psödo tümöral guruptaki vakalarını, skopik tetkiklerinde de normal bulunmadılar. Psödo - tümöral vakaya kolaylıkla tefrik edilebildiği halde, nodüler vakanın skopisinde ancak normal akciğer parlaklığında bir azalma dikkati çekti.

Eterle, kol - akciğer dolaşım zamanı tayini neticesinde, yalnız nodüler vakamızda 24 ile patolojik rakam tesbit ettik. Diğer bütün işçilerde kol - akciğer dolaşım zamanını normal bulduk.

Aynı tetkikleri kok fabrikasından gelen ve yalnız saf kömür tozu ile, ekstraksiyon mahsulü zararlı gazlara maruz kalan 7 işçiden tatbik ettik. Bunların hiç birinde pnömokonyozis izine raslamadık.

Materyalimizin ikinci kısmını teşkil eden; 1951 den 1957 ye kadar geçen zaman içinde E.K.İ. Merkez Hastanesince, yatırılarak ve ayaktan pnömokonyozis ve siliko - tüberküloz teşhisi almış vakaların sayısı 719 dur. Bunların 508'i (% 70,65) silikozisli, 211'i (% 29,35) silikotüberkülozudur. Saf silikozisli 508 vakanın 303'üne ait akciğer radyogramlarını tetkik imkânını bulabildik. Geri kalan 205 silikozisliye ait yalnız dosya veya elde bulunan heyet raporlarını tetkikle yetindik. 303 vakanın radyogramları daha evvel bildirdiğimiz şekilde tasnife tabi tutuldu. Bunlardan 99'u (% 32,65) I. Devir, 179'u (% 59,1) II. Devir, 25 tanesinde (% 8,25) III. Devir vakalar arasına koyuldular.

	Saf Silikozisli Vakaların Vaka Sayısı	Tasnifi Yüzde
I. Devir	99	32,65
II.	179	59,1
III. Devir	25	8,25
	303	100,—

719 vakanın 211'i (% 29,35) siliko - tüberkülozudur. Siliko - tüberküloz teşhisi almış vakaların yalnız yalnız 80'inde direk muayene ile balgamda tüberküloz basili aranmış ve bunlarında 27 sinde (% 33,75) A.R.B. müsait bulunmuştur. Yani siliko - tüberküloz teşhisli vakaların 53'ü (% 66,25) radyolojik ve klinik kriterlere istinaden tüberküloz teşhisi almışlardır.

Siliko - tüberkülozlu guruptaki 211 vakanın 102 sine ait akciğer radyogramları okunarak bunların 17 si (% 16,7) I. Devre, 75'i (% 73,5) II. Devre, 10'uda (% 9,8) III. Devre dahil edildiler.

	Siliko - Tüberkülozlu Vakaların Vaka Sayısı	Tasnifi Yüzde
I. Devir	17	16,7
II. Devir	75	73,5
III. Devir	10	9,8
	102	100,—

I. Devirde bulunan 1 vakanın 8'inde tüberküloz basili aranmıştır. Bunların bir tanesinde (% 12,5). 75 nodüler vakanın 41'inde basil bakılıp 15'inde (% 37,2) ve psödo - tümöral 10 vakanın 6'sında basil bakılıp 4 tanesinde (% 66,6) müsbet netice alınmıştır.

Silikozislilerden sedimantasyon hızı bilinen 301 vakanın 72 si radyolojik tasnifin dışında kalanlara aittir. Kalan 229 vakanın 54'ünde (% 23,4) normal, 175'inde ise (% 76,5) süratli bulunmuştur.

Saf Silikozisli Vakaların Radyolojik Devirlerinde Sedimantasyon Hızında Artma Yüzdeleri Şöyledir :

Devir	%
I.	77,9
II.	71,9
III.	95,4

Siliko - tüberküzluların 147 sinde sedimantasyon hızı biliniyor. Bunların % 87,78 nde sedimantasyon hızı artmıştır.

Siliko - Tüberküzlularda ;

I. Devirde	% 81,25
II. Devirde	% 89, 5
III. Devirde	% 100

nisbetinde sedimantasyon hızında artma vardır.

Vital kapasite; saf silikozislilerin 343'ünde, siliko - tüberküzluların 143'ünde basit spirometrik metotla tayin edilmiştir. Biz kendi vakalarımızda yaptığımız gibi bunlardada 3000 cc. nin altındaki rakamları patolojik saydık. Böylece silikozislilerin % 88,34'ünde vital kapasite normalin altında bulundu.

Radyolojik Guruplarda Vital Kapasitenin Düşüklük Yüzdeleri;

I. Devir	% 81,5
II. Devir	%85
III. Devir	% 80 dir.

Siliko - tüberküzluların % 86,9'unda vital kapasitede düşüklük vardır.

Siliko - Tüberküzluların Radyolojik Devirlerdeki Patolojik

Vital Kapasite Yüzdeleri :

I. Devir	% 87,5
II. Devir	% 85,7
III. Devir	% 80 olarak bulundu.

Hemoptezi; saf silikozisli vakaların 15'inde (% 3), siliko - tüberküzluların 16'sında (% 7,5) görülmüştür.

Spontan Pnx.; bütün vakalar arasında bir tane olup, bu vaka saf silikozislilerin birinci devrindedir.

Saf silikozisliler ve siliko - tüberküzlular aynı yaş guruplarında hemen hemen aynı yüzdelere ifade edilebilen vaka sayısı taşırlar. Bu sebeple bütün vakalara ait yaş gurupları arasındaki yüzdeleri vermediği kafi gördük;

Yaş	Vaka Sayısı	%
20—29	17	2,4
30—39	107	14,9
40—49	369	61,3
50—59	198	27,5
60—	29	3,9

Tozlu bölgede çalışma müddetini bildiğimiz vaka sayısı 181 dir. Bunların 116 sı silikozisli, 65 taneside siliko - tüberküzludur. Silikozisliler arasında hastalığın tesbitine kadar tozlu yerde geçen çalışma müddeti en kısa 3 sene, siliko - tüberküzlularda bu müddet 2,5 sene bulundu.

Saf Silikozisli Vakalarda Hastalığın tesbitine kadar geçen

Sene	Çalışma Müddetleri Vaka Sayısı	%
2— 5	7	6
6—10	61	52,6
11—15	33	28,5
16—20	8	6,9
21—30	7	6
	116	100.

Siliko - Tüberküzlulu Vakalarda Hastalığın tesbitine kadar

Sene	Geçen Çalışma Müddetleri Vaka Sayısı	%
2— 5	14	21,5
6—10	29	44,6
11—15	13	20
16—20	5	7,7
21—25	4	6,2
	65	100.

Kalsiyum glikonatla kol-dil dolaşım zamanı tayini 327 vakada yapılmıştır. Bunların 235'i saf silikozislilere geri kalan 92 side siliko - tüberkülozlu vakalara aittir. Saf silikozislilerin % 12,28'inde, siliko - tüberkülozlu vakaların % 32 sinde bu metotla kol - dil dolaşım müddeti uzamış bulunmaktadır.

N E T İ C E

Elde ettiğimiz neticeleri şöyle sıralıyabiliriz;

1 — Kömür işçilerinde «Kömür İşçileri Pnömokonyozis'i» ocakların her tarafında aynı derecede teşekkül etmez. Bilhassa silisli toz konsantrasyonunun en yüksek seviyede bulunduğu ocakların son noktasını teşkil eden lâğumlarda çalışan işçilerde bu nisbet çok yüksektir.

Hususiyle lâğımcılarda yaptığımız kontrol bunlarda % 69 nisbetinde pnömokonyozis teşekkül etmiş olduğunu gösterdi.

Diğer taraftan E.K.İ. Merkez Hastanesi arşivine istinat eden incelememizde göstermiş tirki kömür işçileri pnömokonyozis'i hemen hemen sadece ocakların silis kesafeti yüksek olan bu ön kısımlarında çalışanlarda vukua gelmektedir.

2 — Kendi araştırmamızla tesbit ettiğimiz 34 silikozislinin hepsinde tüberkülin testi müsbettir. Bu vakaların hiç birinde tüberküloz enfeksiyonunun tesbit edemeyişimiz silikozisin tüberküloz enfeksiyonunu aktive eder iddiasına zıt mânâ taşır.

3 — Arşive müstenit vakalarımız arasında % 29,35 nisbetinde siliko tüberküloz vardır. İkinci madde bildirdiğimiz netice ile, bu yüksek rakam arasındaki zıtlığı ancak tüberkülozlu zeminde tozların daha kolaylıkla yerleşebileceğini kabul etmekle izâh edebildik.

4 — Klinik olarak tüberküloz teşhisi almış vakaların yalnız % 33,75'inde A.R.B. tesbit edilebilmiştir. Bu netice siliko - tüberkülozlularda basıl tesbitinin güçlüğüne teyit eder.

5 — Sedimentasyon hızının kendi vakalarımızda % 41 nisbetinde artmış olduğunu tesbit ettik. Arşivden elde ettiğimiz vakalarda durum hemen aynıdır. Radyolojik evolüsyonla sedimentasyon hızındaki artma arasında paralelizm görülür. Bu neticeler literatüre uyar.

6 — Kendi vakalarımızda, vital kapasite % 2, arşiv vakalarında % 80 patolojiktir. Bu mukayesesi imkânsız neticeler metodun çürüklüğünü ortaya koyar. Aynı şey göğüs genişlemesi tecrübesi içinde mevzu-

bahistir. Bunların yanında radyoskopik fonksiyon tetkikinin kıymetini bizde kendi vakalarımızda yakından müşahade etmiş olduk.

7 — Eterle Kol - Akciğer dolaşım zamanı tayinin silikotik fibrotik leziyonlara uyan neticeler verdiğini gördük.

8 — Silikozislilerde % 3 nisbetinde hemoptezili vaka tesbit ettik.

9 — Hastalığın yaşla münanebetinde şu noktalar dikkatimizi çekti ;

A.) Hastalık ortalama 40-49 yaşlar arasında klinik belirtiler verir.

B.) Erken teşhis asemptomatik devir bu yaşlara kadar devam ettiğinden ancak sistemli taramalarla mümkündür.

C.) 40 - 49 yaşlardan sonra ocak işçilerinde gücünden istifade edilebileceklerin sayısı süratle düşer.

10 — Hastalığın teşekkülü ve klinik tesbitine kadar geçen çalışma müddeti ortalama 10 senedir bu müddet siliko-tüberkülozlularda kısalmır.

—oOo—

1951 Senesi içinde E. K. İ. Merkez Hastahanesince Silicosis ve
Silico - Tüberküloz teşhisi almış vakalar ve bunlara ait tetkik neticeleri

1 9 5 1	RadYOlojik tesnif gurubu	Vaka sayısı	A. R. B. Direkt metot		Sedi-man-tasyon		Vital kapasite		Güçs- genis- leme		Komp- likas- yon		Dolaşım zamanı (Kol - Dil)	Yaşla münasebet						Çalışma müddeti (Sene)					
			+	ø	N.	Pat.	N.	Pat.	Cm. 1-3	Cm. 4-	Hemop- tezi	Pnx.	N.	Pat.	20-29	30-39	40-49	50-59	60-	2-9	6-10	11-15	16-20	21-25	26-
Silicosis	I	40	-	9	5	33	-	-	-	-	1	-	-	-	-	5	25	10	-	-	-	-	-	-	-
	II	11	-	3	4	7	-	-	-	-	1	-	-	-	-	6	4	1	-	-	-	-	-	-	-
	III	5	-	3	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasnife tabi vaka yekünü		56	-	15	9	45	-	-	-	-	2	-	-	-	-	12	33	11	-	-	-	-	-	-	-
Tasnife tabi olmayan vakalar		2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Yekün		58	-	15	9	45	-	-	-	-	3	-	-	-	-	12	34	11	1	-	-	-	-	-	-
	I	8	-	4	-	7	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	2	5	-	-	-	-	-	-	-
	II	13	2	7	-	12	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	9	2	-	-	-	-	-	-	-
	III	4	2	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasnife tabi vaka yekünü		25	4	12	-	21	-	-	-	-	3	-	-	-	-	4	14	7	-	-	-	-	-	-	-
Tasnife tabi olmayan vakalar		1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yekün		26	4	13	-	21	-	-	-	-	3	-	-	-	1	4	14	7	-	-	-	-	-	-	-

1952 senesi içinde E. K. İ. Merkez Hastahanesince Silicosis ve
Silico - Tüberküloz teşhisi almış vakalar ve bunlara ait tetkik neticeleri

1 9 5 2	RadYOlojik tesnif gurubu	Vaka sayısı	A. R. B. Direkt metot		Sedi-man-tasyon		Vital kapasite		Güçs- genis- leme		Komp- likas- yon		Dolaşım zamanı (Kol - Dil)	Yaşla münasebet						Çalışma müddeti (Sene)					
			+	ø	N.	Pat.	N.	Pat.	Cm. 1-3	Cm. 4-	Hemop- tezi	Pnx.	N.	Pat.	20-29	30-39	40-49	50-59	60-	2-9	6-10	11-15	16-20	21-25	26-
Silicosis	I	17	-	6	5	12	-	-	-	-	1	1	-	-	-	4	9	4	-	-	-	1	-	-	-
	II	23	-	8	7	14	-	-	-	-	1	-	-	-	-	4	10	9	-	-	-	2	-	-	-
	III	6	-	4	-	6	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	2	1	1	-	-	-	-	-	-
Tasnife tabi vaka yekünü		46	-	18	12	32	-	-	-	-	4	1	-	-	-	10	21	14	1	-	-	3	-	-	-
Tasnife tabi olmayan vakalar		7	-	3	2	5	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	2	-	-	-	1	-	-	1
Yekün		53	-	21	14	37	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12	23	16	1	-	-	4	-	-	1
Silico - Tb.	I	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-
	II	7	-	3	2	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7	-	-	-	-	1	-	-	-
	III	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasnife tabi vaka yekünü		8	-	3	2	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7	-	-	-	-	1	-	-	-
Tasnife tabi olmayan vakalar		4	-	3	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	-	-	-	3	-	-	-
Yekün		12	-	6	2	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	9	1	-	-	-	4	-	-	1

1953 senesi içinde E. K. I. Merkez Hastahanesince Silicosis ve
Silico - Tüberküloz teşhisi almış vakalar ve bunlara ait tetkik neticeleri

1 9 5 3	Radjolojik tasnif gürubu	Vaka sayısı	A. B. B. Direkt metot		Sedl- man- tasyon		Vital kapasite		Göğüs genişle- me		Komp- ilkas- yon		Dolaşım zamanı (Kol - Dil)	Yaşla münasebet						Çalışma müddeti (Sene)					
			+	Ø	N. Pat.	N. Pat.	N. Pat.	N. Pat.	Cm. 1-3	Cm. 4-	Henop- tes	Pnx	N. Pat.	20-29	30-39	40-49	50-59			2-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-
Silicosis	I	14		2	3	10	3	8	3	3			8.		2	6	6					2			26-
	II	42		6	8	30	8	26	5	10	1		32	1	7	20	12	2							3
	III	6	4				5	2	1	1			2	1	2	2		1							
Tasnife tabii vaka yekünü		62		12	11	45	13	36	9	14	1		42	2	2	11	28	18	3			2			3
Tasnife tabii olmayan vakalar		14	1	1	6	4	5		5	2	1		10	1		9	4				1				
Yekün		76		13	17	49	18	36	14	16	2		62	3	11	37	22	3				3			3
	I	1	1	1	1		1						1												
	II	9	4		3	6	1	3		3	1		3	1	2	3	4					1			
Silico - Th.	III	1				1	1	2	1				1		1										
		11	5		7	3	5		1	3	1		5	1	1	3	4								
		3			4	1			2				2			2	1								
Yekün		14	5		4	8	3	5	3	3	1		7	1	1	5	5						1		

1954 senesi içinde E. K. I. Merkez Hastahanesince Silicosis ve
Silico - Tüberküloz teşhisi almış vakalar ve bunlara ait tetkik neticeleri

1 9 5 4	Radjolojik tasnif gürubu	Vaka sayısı	A. B. B. Direkt metot		Sedl- man- tasyon		Vital kapasite		Göğüs genişle- me		Komp- ilkas- yon		Dolaşım zamanı (Kol - Dil)	Yaşla münasebet						Çalışma müddeti (Sene)					
			+	Ø	N. Pat.	N. Pat.	N. Pat.	N. Pat.	Cm. 1-3	Cm. 4-	Henop- tes	Pnx	N. Pat.	20-29	30-39	40-49	50-59			2-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-
Silicosis	I	7		2	3	8	2	5	2				4	3		4	2	1							26-
	II	30		6	6	14	5	23	10	7	1		28	1	2	17	9	2							3
	III	4	1		1	2		3			1		2		1	3									
Tasnife tabii vaka yekünü		41		9	10	19	7	31	12	7	2		34	4	3	24	11	3							3
Tasnife tabii olmayan vakalar		13	2		1	8	3	9	3	9			13			9	4								3
Yekün		54	11	11	27	10	10	40	15	10	2		47	4	3	33	15	3							
	I														1										
	II	44	6	2	1	11	1	9		4	2		8	2	6	6	1								
Silico - Th.	III																								
		14	6	2	1	11	1	9		4	2		8	2	1	6	1								
		8	1	1	2	5	1	5	2	1			4	1	1	2	4	1						1	
Yekün		22	7	3	8	16	2	14	2	5	2		12	3	2	8	10	2						1	

1955 senesi içinde E. K. İ. Merkez Hastahanesince Silicosis ve
Silico - Tüberküloz teşhisi almış vakalar ve bunlara ait tetkik neticeleri

1 9 5 5	Rad-yo-lo-jik tas-nif gürubü	Vaka sayısı	A. R. B. Direkt metot		Sedl- man- tasyon		Vital kapasite		Göğüs geniş- leme		Kompli- kasyon		Dolaşım zamanı (Kol - Dil)	Yaşla münasebet						Çalışma müddeti (Sene)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
			+	ø	N.	Pat.	N.	Pat.	Cm. 1-3	Cm. 4- 6	Hemop- tezi	Pnx		N.	Pat.	20-29	30-39	40-49	50-59	60-	2-5	6-11	11-15	16-20	21-25	26-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Silicosis	I	19		1	3	9		2	16	3	6	1		15	3		2	12	3	2					1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			

1956 senesi içinde E. K. İ. Merkez Hastahanesince Silicosis ve
Silico - Tüberküloz teşhisi almış vakalar ve bunlara ait tetkik neticeleri

1 9 5 6	Rad-yo-lo-jik tas-nif Kurubn	Vaka sayısı	A. R. B. Direkt metot		Sedl- man- tasyon		Vital kapasite		Göğüs genişle- me		Kompli- kasyon		Dolaşım zamanı (Kol - DH)	Yaşla münasebet					Çalışma müddeti (Sene)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
			+	ø	N.	Pat.	N.	Pat.	Cm. 1-3	Cm. 4-	Henop- tezi	Pnx.		N.	Pat.	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 -	2 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	26 -																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Silicosis	I	2					2	1	1						1			1			2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										

1957 senesi içinde E. K. I. Merkez Hastahanesince Silicosis ve
Silico - Tüberküloz teşhisi almış vakalar ve bunlara ait tetkik neticeleri

1 9 5 7	Rad-yolo-jik tas-nif guruhu	Vaka sayısı	A. R. B. Direkt metot	Sedi- man- tasyon		Vital kapasite		Göğüs geniş- leme		Komp- likas- yon		Dolaşım zamanı (Kol - Dil)	Yaşla münasebet					Çalışma müddeti (Sene)			
				N.	Pat.	N.	Pat.	Cm. 1-3	Cm. 4-	Hemop- tezi	Pnx.		20-29	30-39	40-49	50-59	60	2-5	6-10	11-15	16-20
			+	Ø	1	2	Ø	1	1	1	Ø		1	Ø	1	2	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Silicosis	I	3																			
	II																				
	III																				
Tasnife tâbi vaka yekûnu		3	1		1	2		1	1	1		1			1	2			2		
Tasnife tâbi olmayan vakalar		76		4	8	4	50	16	43	2			1	3	49	20	3	5	38	11	4
Yekûn		79	1	6	9	52	17	44		3			1	3	50	22	3	5	40	11	4
Silico - Tb.	I	1	1		1		1								1					1	
	II	6	1	5	4			1					2	2	2		2		1	1	
	III	1	1												1						
Tasnife tâbi vaka yekûnu		8	3		5		5	1					2	4	2		2		1	1	1
Tasnife tâbi olmayan vakalar		22	1	3	1	1	20	7	10				1	2	12	5	2	5	11	1	2
Yekûn		30	4	8	1	9	25	8	10				1	4	16	5	4	5	12	2	2

1951 - 1957 seneleri arasında E. K. I. Merkez Hastahanesince Silicosis ve
Silico - Tüberküloz teşhisi almış vakalar ve bunlara ait tetkik neticeleri

1951 - 1957	Rad-yolo-jik tas-nif guruhu	Vaka sayısı	A. R. B. Direkt metot	Sedi- mantas- yon		Vital kapasite		Göğüs geniş- leme		Komp- likas- yon		Dolaşım zamanı (Kol - Dil)	Yaşla münasebet					Çalışma müddeti (Sene)			
				N.	Pat.	N.	Pat.	Cm. 1-3	Cm. 4-		Pnx.		20-29	30-39	40-49	50-59	60	2-5	6-10	11-15	16-20
			+	Ø	1	2	Ø	1	1	1	Ø		1	Ø	1	2	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Silicosis	I	99	20	19	67	7	31	9	10	2	1	27	6		56	26	3		2	3	1
	II	179	31	34	87	20	114	32	74	7		105	14	2	84	56	9		7	9	1
	III	25	13	1	21	2	8	1	4	3		7	2	1	11	5	2				
Tasnife tâbi vaka yekûnu		303	64	54	175	29	153	42	88	12	1	139	22	3	151	87	14		9	12	2
Tasnife tâbi olmayan vakalar		205	9	24	48	22	139	38	95	3		62	12	5	14	119	59	8	7	32	21
Yekûn		508	73	78	225	51	292	80	183	15	1	201	34	8	270	146	22	7	61	33	8
Silico - Tb.	I	17	1	7	3	18	1	7	1	2		6	1	1	6	7		1		1	1
	II	75	15	26	6	51	5	30	2	10		23	3	4	16	35	17	3	3	2	1
	III	10	4	2		8	1	4	3	1		4			6	1	1			1	
Tasnife tâbi vaka yekûnu		102	20	35	9	72	7	41	6	13		33	4	5	47	25	4	3	3	3	1
Tasnife tâbi olmayan vakalar		109	7	18	9	57	12	85	28	3		43	12	4	52	27	2	11	26	10	3
Yekûn		211	27	53	18	129	18	126	34	16		76	16	9	99	52	6	14	29	13	4

SİLİCOSIS DE AKCİĞER FONKSİYONU TESTLERİ

Dr. Selâhattin AKKAYNAK

Silicosis'te akciğer fonksiyon testlerinin tatbiki çok ehemmiyetlidir. Çünkü :

1 — Silicosis bir meslek hastalığıdır. Milattan 460 sene evvel Hipocrates de Silicosis'i «maden işçilerinin zorlu solunumu» diye tarif etmiştir.

2 — Silicosis bir meslek hastalığı olduğuna göre, silikotiklerde malûliyet iddialarını araştırmak ve onun nisbetini tayin etmekte çok ehemmiyet kazanmaktadır. Son zamanlara kadar silikotiklerde malûliyet tayini, anamneze, klinik ve bilhassa radyolojik bulgulara istinad ettirilmekte idi. Halbuki tetkikler göstermektedirki, radyolojik bulgu, her vak'da fonksiyon bulguları ile paralel değildir. Radyolojik imajın çok yaygın olduğu bir kısım vak'alarda, testlerde büyük bir değişiklik yoktur, vahut değişikli kda daha ziyade respiratuar sathın daralmasından ibarettir. Diğer taraftan radyolojik imajın pek yaygın bulunmadığı, faraza birinci dereceden silicos vak'alarında ileri derecede fonksiyonel yetersizlik bulunabilmektedir.

3 — Silicosis'te, fonksiyon testlerinin ehemmiyetini gösteren bir üçüncü noktada, fonksiyonel yetersizliğin, binefsihi silicosis'e bağlı olmayıp, onunla asosiye olan veya ithilât eden difuz fibrozis, fibrotoraks, bilhassa amfizem ve kronik bronşitten ileri gelmesidir.

Böylece, silicosis'te hâlen rutin muayene metodları arasına girmiş bulunan akciğer fonksiyon testleri;

1 — Silicosis'in safhasını tayin etmek, yani pülmoner yetersizliğe götürecek bir ihtilâtle asosiye olup olmadığını araştırmak, varsa derecesini tayin etmek,

2 — Hastada iş gücünü araştırmak, malûliyet tayin etmek,

3 — İhtilâtlar akarsı erkenden önleyici ve tedavi edici tedbirlerin alınmasıyla hastalığın seyir ve inkişafını takip etmek bakımından değerlidir.

Anatomo - Patolojik olarak Silis tozu, evleviyetle akciğerlerin perivasküler, peribronşiyal ve perilobüler istinad dokusunda depo edile-

rek «Toz granülomları» meydana getirirler. Bilâhare bu sahalarda fibrosis teşekkül eder. Granülomların tavazuuna göre fibrozis, ya daha ziyade perivasküler, veya peribronşiyal veya perilobüler, yahutta her üçünü birden ihtiva edecek şekildedir. Çok ilerlemiş, konglomerat şekillerde en sık görülen bu sonuncu tip, yani birçok akciğer dokularını atake eden şekildir.

Toz granülomlarının yaptığı patolojik değişiklik ve onun tevlit ettiği pülmoner fibrosis nisbeten salim bir süreçtir. Bu safhada akciğer fonksiyon testleri ya esaslı bir değişiklik göstermezler, yani akciğer hacimleri ve solunum gücü kısmen normal standartlardan inhiraf etmişlerdir; fakat bunların birbirine olan nisbeti değişiktir; yahutta respiratuar sathın daralmasına has «restriktif» tipte değişme gösterirler; Akciğer hacimlerindeki daralma solunum gücündeki azalmaya nisbetle daha fazladır. Binnetice HASİ, (1) in fevkindedir. Diğer taraftan rezidüel hacmin total akciğer kapasitesine olan nisbeti de değişmemiştir. Bu vak'alarda entrapülmoner gaz karışımında da herhangi bir bozukluk yoktur.

Amerika'da WNC. sanatoryumunda çalıştığım sırada birinci ikinci derecede silicosis teşhisi almış, tüberkülozla ihtilât etmemiş 41 vak'ada yaptığım araştırmada 10 tanesinde bu tip değişiklik bulundu. Bu 10 vak'adan 3 ünde sadece akciğer hacmi ve solunum gücünde daralma görüldü fakat nisbetlerde değişme yoktu. 7 vak'ada ise restriktif tipte fonksiyon değişikliği görüldü.

Buna mukabil difuz anfizem veya bronşitle komplike olan, veya alveollerin büyük ekseriyetinin fibrosis'e uğradığı vak'alarda ise akciğer fonksiyon testlerindeki değişmeler başka bir tablo göstermekte ve anfizem'e has «obstriktif» değişme husule gelmektedir.

Tetkik ettiğimiz 41 vak'adan 31 inde bu tipe has şu değişimleri bulduk :

1 — Gerek akciğer hacimleri ve gerek solunum gücü ile ilgili testler normale nazaran düşüktürler.

2 — Fakat solunum gücündeki düşüklük akciğer hacim daralmasına nisbetle daha fazladır.

3 — Böylece aynı şahısta solunum gücü ile akciğer hacimlerinin hususiyle maksimum solunum kapasitesinin vital kapasiteye nisbetini gösteren HASİ (1) in altına düşmüştür.

4 — Rezidüel hacim büyümüştür ve rezidüel hacmin total akciğer kapasitesine olan nisbeti de büyümüştür; % 30 - 35 in üstündedir.

5 — Entrappülmoner gaz karışımında da bozukluk husule gelir, bînetice nitrojen temizleme nisbeti bozulur; yani 7 dakika % 100 oksijen solunumundan sonra alveollerde % 2,5 dan fazla nitrojen mevcuttur.

Görüldüğü gibi bu değişmeler «kronik obstriktif amfizem» de görülen fonksiyonel değişmelere muadildir.

İşte bu obstriktif belirtilerin zamanında tesbiti, bize malûhiyet nisbetini tayine de yarar. Diğer taraftan gerekli koruyucu ve tedavi edici tedbirler alınmayacak olursa hastalık daha da evölüye olarak bidâyette gördüğümüz bu ventilatuar akciğer yetersizliği âkibette sirkülotuar yetersizliğine götürür.

Acaba silicosisle asosiyе amfizem, kroni kbronşit ve difuz fibrosisin tevhit ettiği restriktif tip fonksiyon değişmelerinin erkenden meydana konmasından hangi test veya denklem daha hassastır. Bu bakımdan yaptığımız araştırmada elde ettiğimiz netice şöyledir:

1 — Sadece akciğer hacimlerinin veya solunum gücü ile ilgili testlerin tatbiki büyük bir manâ ifade etmiyor. Mühim olan bunların birbirine nisbetidir. Bu nisbetide bize HASİ göstermektedir. 41 vak'ının 31 inde yani % 75 inde HASİ (Hava akım sür'ati indeksi) 1 in altına düşmüş bulundu.

2 — Sadece rezidüel hacmin büyümesi manâlı olabilirse de bunun total akciğer kapasitesine olan nisbeti daha değerlidir. Buda vak'alarımızda % 52 nisbetinde % 35 den fazla bulundu.

3 — Entrappülmoner gaz karışımını gösteren nitrojen temizleme nisbeti 41 vak'ının 30 unda araştırıldı ve bunların 16 ında yani % 53 nisbetinde % 2,5 dan fazla bulundu.

Demek oluyor ki, HASİ, asosiyе emfizemi tesbit bakımından diğer testlere nisbetle daha hassastırlar.

O halde silicosis vak'alarında, ventilatuar testlerde en az total vital kapasiteyi de maksimum solunum kapasitesini tayin etmek ve bunları birbirine nisbet etmek bize büyük bir yardım sağlayabilecek durumdadır.

Disküsyonu gereken mühim bir noktada, radyolojik olarak aynı derecede bulunan her vak'ada neden amfizem yoktur sadece vak'aların bir kısmında husule gelmektedir. Muhtemeldir ki bu hususta, fibrozis'in yaygınlık ve devamı yanında bilhassa fibrotik prosesin tavazzuu âmil bulunmaktadır. Nitekim amfizem şekerkülünde en mühim faktör bronşiyallerdeki obstriksiyondur. O halde fibrozis'in bilhassa peribronşiyal lokalizasyonu amfizeme sebep olmaktadır. Filhakika muhtelif istatistiklere göre silicosis vak'alarında % 50 - 75 arasında kronik bronşit bulunması da bu noktayı nazarı teyit eder mahiyettedir.

Netice olarak, Silicosis'te fonksiyonel değişme, primer olarak restriktif tiptedir. Fakat Vak'aların ekserisinde silicosis'in amfizemle asosiyе olması neticesi obstriktif tipte değişme husule gelmektedir.

—oOo—

ON ÜÇÜNCÜ CELSE

Celse Başkanları : Dr. Neşatî ÜSTER — Dr. Zeki ARSAN

Celse Kâtipleri : Dr. Beyhan KILIÇÖTE — Dr. Recai SOMER

Celse Konusu : Tebliğlerin münakaşası

Non - Tüberküloz Akciğer Hastalıkları Mevzuunda Söz İstiyen
Olmanıştır.

**Celse Konusu : Kist Hidatik Pulmoner
(Panel Münakaşası)**

ONDÖRDÜNCÜ CELSE

Panel Heyeti : Dr. Nusret KARASU (Başkan)

Dr. Ömer ERTÜRK

Dr. Hasan Şükrü OYTUN

Dr. Hilmi AKIN

Dr. Sabih OKTAY

Dr. Kemal BERKTİN

Dr. Selâhattin AKKAYNAK

Dr. Galip URAK

Dr. Siyami ERSEK

Dr. Alâattin ERKMEN

Dr. Muhittin ÜLKER

Celse Kâtipleri : Dr. Bahattin ÇETİN

Dr. Nihat SAYINER

Dr. Nusret KARASU

Muhterem Kongre Âzası

«Akciğer Kisthidatiği mevzuu Panel toplantısını yüksek huzurunuzla açıyorum.

Her Panel âzasının tebliğleri için 5 er dakika ayrılmıştır. Her aza-ya sorulacak sualleri cevaplandırmaları için her suale ikişer dakika zaman bırakılmıştır. Sualleri dinleyen muhterem âzanın mevzua yüksek ilgi derecelerini nazarı dikkate alarak Panel âzasının klâsik tafsilâttan sarfı nazar buyuracaklardır.

Mevzuun ehemmiyetini belirtmek üzere 1950 yılındanberi Ankara Veremle Savaş Derneğinin bütün Dispanserlerinde 1959 yılı başına kadar muayene olan 113596 müracaattan % 16.8 inin Tüberküloz % 1.7 sinin Non tüberküloz akciğer hastalıkları, Non tüberküloz vak'aların % 8.2 sininde Akciğer Kist Hidatigi olduğunu belirtmek isterim.

Vak'aların % 90,5 i erkek, % 9,5 i kadımdır.

Vak'alarımızın % 55 i sağda % 45 i soldadır. % 24 ü üst zonda % 38 i Orta zonda % 38 i alt zondadır.

Bir tarafta müteaddit kist bulunan vak'alar 4 adettir. 3 ü soldadır. 2 taraflı kist vak'ası 3 tanedir.

Gördüğümüz İhtilâtlar : 3 vak'ada bronş'a açılma (birinde ani ölüm) 4 vak'ada apseleşme, 10 vak'ada kanamadır.

Klinik arazlarda hakim olanlar : Sırasile öksürük, 24 vak'a ağrı 19 vaka, Hemoptesi 14 vak'a, Balgam 14 vak'a, Ateş 4 vak'a, Dispine 2 vak'a dır.

Casoni % 36 vak'ada Weinberg ve Eozinofili % 22 vak'ada müsbet görülmüştür.

Vak'alarımızda Tüberküloz, Astma, Miko, Ca ve müzmin bronşit ile iştirâk edenler görülmemiştir.

Köpekle Temas % 9 vaka'da ayrıca Köpek beslenmektedir. Hiç köpek beslemeyen ancak % 14.5 vak'adır.

Veteriner arkadaşımız bilhassa hayvanlarda aparazit nisbeti hakkında malûmat vereceklerdir.

Şimdi müsaadenizle sırasile bütün Panel âzası arkadaşlarıma söz vereceğim.

Dahiliye Mütchassısı olarak ilk sözleri onlara vereceğimden dolayı beni mazur göreceğinizi ümit ederim.

Söz D. Kemal Berklin arkadaşımıdır. Kendileri bilhassa :

- Teghis müşkülâtı çektiren vak'alar
- Bu müşkülâtı nasıl yenibildikleri
- Teghis edilemeden Torakotomiye mecbur olup olmadıkları.
- Vak'a adedleri.
- Teghis hatasında ihtilâtların rölü olup olmadığı

- Casonie, Weinberg reaksiyonları hakkındaki düşünceleri
- Akciğer kistlerinin diğer organlardaki kistlere nisbeti
- Bronşa açılma
- Asfiksi ile ölüm
- Plevraya açılma
- Kiste ponksiyon yapılma
- Kiste ponksiyon yapılan vak'alarda bir arıza görülüp görülmediği.
- Vak'alarda hemoptizi görülüp görülmediği
- Hemoptizi husulünde kanama sebebi
- Türkiyede mücadelenin mahiyet ihakkında izahat lütfedeceklerdir.

Dr. Kemal BERKTIN

a) Akciğer Hidatik kistlerinin teghis müşkülâtı, oldukça sık karşılaşılan bir problemdir. Klinik, radyolojik ve lâboratuvar bulgularına dayanılarak, akciğer hidatik kisti teghisi konulan ve cerrahiye verilen müdahaleden sonra kist olmadıkları anlaşılan vak'alarla, başka bir teghisle ameliyat edilen ve sonradan hidatik kist oldukları myedana çıkarılan vak'alar yabancı ve yerli literatürde pek nadir değildir. (Referans'e bakılması)

Kliniğimizde teghislerinde müşkülât çekilen, aldatıcı bir kaç vak'a-mızın hususiyetlerini, müsaadenizle kısaca arz etmek isteriz.

Vak'a I : M. A. 20 yaşında ev kadını. (Prot 12163) Akciğer tüberkülozu şüphe ettiren şikâyetlerle bir dispansere gidiyor, oradan bize gönderilip 4/1/1959 tarihinde yatırılıyor. Radyografisinde sağ akciğer orta kısmında mandalina büyüklüğünde sınırları aşikâr yuvarlak homojen bir kesafet görüldü. Casoni erken - şiddetli ve geç reaksiyon verdi. Weinberg, müsbet bulundu. Eozinofili % 17 idi. Hidatik kist teghisiyle ameliyata gönderildi fibrom çıktı.

Vak'a 2 : C. K., Erkek, 16 yaşında, Rençber. (Prot. 162). 20/X/1952 de göğsünün sol tarafında ağrıdan ve kanlı balgam çıkarmaktan şikâyetle geldi. 8 ay evvel öksürük, ateş ve yan ağrısı ile hastalanmış. Radyografisinde solda II. kaburga aralığında ufakça yumurta biçimin-

de ve büyüklüğünde yuvarlak bir kesafet görülerek, tüberküloz düşünülmüş ve 5 ay SM + İNH tedavisi yapılmış. Bize gelmeden 5 ay evvel şiddetli, 1,5 ay öncede orta şiddette iki hemoptizi geçirmiş. Klinikte balgam muayenesinde, bir defa direkt muayene ile eB.K. müsbet bulundu. Hemopitizisi koagulan ilaçlarla durdurulmadığından, hemostatik pnömoperituvan yapıldı. Tüberküloz teşhisi ile II. Cerrahiye gönderildi, kist çıktı.

Vak'a 3 : A.Ö., 16 yaşında, ev kadını, (Prot. 50). 2/XII/1953 de hemoptizi ile yatırıldı. 9 ay evvel sağda sırt ağrısı, öksürük, balgam çıkarma ve 39 C. a kadar ateş yükselmesi ile hastalanıyor. 2 ay sonra bir hemoptizi oluyor. Radyoskopi ile sağda epansımanlı plörezi teşhis konuyor. İNH + SM ile tedavi ediliyor. 1 ay sonra yapılan kontrolunda epansımanın rezorbe olduğu söyleniliyor. 4 ay bir şikâyeti olmuyor. Bize gelmeden bir ay evvel, hemoptoid krâşa çıkardığından, SM tedavisi yapılıyor. Hastaneye girmeden 2 gün önce, öksürükle ağzından iki bardak dolusu su ve arkasından kan geliyor. Akciğer radyografisinde sağ alt lob sahasını kaplıyan ve aşıkâr olan üst sınırının konveksiliği yukarı bakan homojen bir kesafet görüldü. Kesafetin üst hududunun hemen altında 3 cüm. uzunluğunda 1/2 cm. yüksekliğinde, dekolmanı düşündüren bir açıklığın alt hududu vezikül mambramına ait olduğu tahmin edilen mamlone bir manzara göstermekte idi. Diyagnostatik pnömoperitvanla kesafetin akciğerde olduğu anlaşıldı. Casoni eozinofiller, % 6 bulundu. III. Cerrahi kliniğinde yapılan ameliyatında süpüre kist çıktı.

Vaka : 4 A.K. 19 yaşında, ev hanımı. (Prot. 9856). 20/X/1957 de sırt ağrısı. Öksürük, balgam çıkarma ve hemoptizi ile kliniğimize yatırıldı. 6 ay önce yaptığı bir doğumdan sonra halsizlik, iştahsızlık, sırt ağrısı ile hastalanıyor. Hariçte zatülcenp taşhisi konularak SM — İNH ile tedavi ediliyor. 1.5 ay emdirdiği Çocuğunu menenji tTB. den kaybediyor. Son zamanlarda sık sık hemoptizi geçirmiş. Akciğer grafisinde : Sağda, üst sınırı klavikulanın 1.5 sm. altında ve onun alt kenarına paralel olarak seyreden ve pumon sahasını tamamen kaplıyan homojen bir kesafet görüldü. Eo: % 7. Weiberg, Casoni: menfi. Plörezi düşünülerek torasentez yapıldı. Alman mayi «Eau de roche» vasfında ve skoleksleri ihtiva ediyordu. Ponksiyon esnasında hastada büyük bir vomik oldu, siyanoz ve çok hali teessüf etti. Vomikten sonraki kontrol radyografisinde, sağ akciğerde hidro pnömotoraks ve hidoaerik seviyeli, müteadid kistik imajlar tesbit edildi. I. Cerrahi kliniğinde yapılan müdahalede, hidatik kist çıktı.

Vaka :5 E.G. 28 yaşında ev kadını. 13/X/1958 de, sağda sırt ve yan ağrısından şikâyetle yatırıldı. 6 sene evvel göğsünün sağ tarafında yan ağrısı, kuru öksürük ve yüksek ateşle hastalanmış. Zatürrie teşhi-

siyle penisilin + SM tedavisi görmüş, şikâyetleri geçmemiş. Günde bir bardak dolusu kokusuz balgam çıkarırmış. 4 senelik iyilik devresinden sonra, bize gelmeden 3 ay evvel sağ kaburgaları altında şiddetli ağrılar olmuş. Safra kesesi iltihabı düşünülmüş yapılan radyografide, akciğerlerinde lezyon görülerek bize gönderilmiş. Köpeklerle sık teması var. % 6 eozinofili. Weinberg: müsbet. Casoni: menfi. Kist düşüncesi ile II. Cerrahi kliniğine gönderildi. Yapılan müdahalede, akciğer alt lopta fibrom karaciğerde, Sathi, ufak bir dermoid kistle, karaciğer içinde bir abse çıktı. Histopatolojik incelemede hidatik kiste ait bir bulguya rastlanmadığı bildirildi.

b) Teşhis müşkülâtının giderilmesinde klinik, radyoloji ve lâboravardan hangisinin ne nisbette yardımcı olduğunu kesin olarak söyleyebilmek zor ögle vakalar oluyorki, sırf bir vamik hidatik neticesi klinik ve lâboratuvar yardımıyla teşhis konabiliyor. Bazı vakalarda ise, akciğerlerde bir çok müellifler tarafından patognomonik sayılan dekolmanı ile birlikte malûm vasıflarda opasitenin görülmesi kist hidatik ihtimalini kuvvetlendiriyor. Hastanın meşgalesi köpeklerle sık teması, evvelce ürtiker puseleri geçirmiş olması ve nihayet Casoni ve Weinberg reaksiyonlarının müsbet bulunması, eozinofili mevcudiyeti teşhisi katileştiriyor. Teşhise yardımları bakımından kanaatimizce klinik ve radyolojik bulgular, lâboratuvar bulgularına nazaran daha ön plâna alınabilir.

c) Teşhis edemeden torakotomiye gönderdiğimiz vakalara misâl olarak yukarıda, (a) paragrafında arzedilen ilk 4 vaka zikredilebilir.

d) Kliniğimiz sırf fitizyoloji ile meşgul olduğu ve yatırılan vakaların hepsi hariçte veya plikliniğimizde incelenmek suretiyle depiste edilen açık akciğer tüberkülozu vakalarından ibaret bulunduğu halde Haziran 1953 ten Şubat 1959 başına kadar 1575 hasta yatırılarak 8991 vaka plikliniğimizde tetkik ve tedavi edilmiştir. Bunlar arasında tedkik edilen akciğer kist hidatiki vakaları sayısı 14 dür. Bunlardan 7 si yatırılarak, 7 si ayaktan takip olunmuşlardır. Teşhiste alınan hasta sayısı (a) paragrafında arzedilen 5 vakadır.

e) Teşhis hatalarında şüphesiz ihtilâtların rolü vardır. Hemoptizi, plevra müsabiyeti kistin süpürge olması teşhis hatalarına götürebilir.

f) Hidatik kist teşhisinde spesifik reaksiyonlar oldukları halde, Casoni ve Weinberg testleri her kist vakasında sabit olarak müsbet bulunuyor. Buna mukabil kist vakaları dışımda da pozitif netice verebiliyorlar. Ancak klinik ve radyolojik bulguları destekledikleri takdirde güvenilir reaksiyonlardır. Weinberg reaksiyonu Fairley'e göre vakaların

% 30 unda Makkas'a göre ise % 18 inde müsbet zuhur eder. Hidatik mayi ile yapılan entraderno Casoni reaksiyonu daha sadık bir testtir. Klâsiklerde vakaların yarısında müsbet olduğu bildiriliyor. B. Oberhofer teşhisleri cerrahi müdahale ile teyid edilmiş 200 vakada Casoni reaksiyonu % 70 nisbetinde müsbet bulunmuştur. Müellif cerahatli kistlerde bu nisbetin % 50 altında düştüğünü bildirmiştir. Eozinofili sadık bir araz değildir. Kist için spetik olmayan bu bulgunun vakaların % 50 sinde mevcut olduğu söyleniyor. (Eo'ların % 5 veya daha fazla oluşu). % 10 u geçen aşikâr eozinofilinin tevhiste daha değerli olduğu bildiriyor.

g) Akciğer kistlerinin diğer organ kisthidatiklerine nazaran ne nisbette görüldüğü kliniğimizin vakalarına istinaden arzedemiyeceğim. İst. Üniv. Tıp Fak. I. Cerrahi kliniği istatistiklerine göre 1938 - 1955 yılları arasında tesbit edilen hidatik kist vakaları mecmuu 165 dir. Bunlardan 97 si (% 61) karaciğerde, 54 ü (32,7) akciğerlerde, 13 ü (% 8,6) diğer organlarda, 2 si dalakta (% 8,1) bulunmuştur.

1952 den bu yana III. Cerrahi kliniğine yatırılan hidatik kist vakaları sayısı 96 dir. Bunlardan 49 u akciğerlerde (% 50), 36 sı karaciğerlerde (% 36,7), 4 ü dalakta (% 4), 3 ü peritvanda (% 3), 2 si perikardda (% 2), 1 i böbrekte (% 1), biri memede (% 1) bulunmuştur.

III. İç Hastahkları kliniğinde 1943 - 1958 yılları arasında yatırılan 28.100 hasta arasında 73 hidatik kist vakası teşhis edilmiştir. Bunlardan 31 i karaciğerde (% 43), 40 ı akciğerde (% 55), biri dalakta (% 1), biri karında (% 1), bulunmuştur. Bütün dahiliye vakalarına göre kist nisbeti % 0,32 dir.

Kist vakalarının çok bulunduğu arjantin, akciğer lokalizasyonu % 14 olarak bildirilmekte ve sıklık itibariyle % 64,45 nisbetinde ola nakciğer lokalizasyonundan (Greenway'e) göre sonra gelmektedir.

h) Akciğer hidatik kistinin bronşa açılması keyfiyetini (a) paragrafında arzettiğimiz vakalarımızdan 4 üncüsünde gördük. Torasentezi müteakıp vukua gelen açılmayı hasta bir şok ve siyanozla atlattı.

i) Kistin bronşlara açılması neticesi asfiksi ile ölüm görmedim.

k) Yukarıda (a) paragrafında arzettiğim vakalarımızdan 4 üncüsünde sağ hemitoraksı klavikülanın biraz altından kaideye kadar işgal eden ve pariferde Damoiseau çizgisi gösteren vakamızdan plöral musabiyet mevcuttu. Plörözi zanniyle yapılan torasantezde kolaylıkla kist mayii alındı. Ameliyatlada plevre musabiyeti teyid edildi.

l) Kistlerle klinikte ponksiyon yapılmasına asla taraftar değilim.

m) Yanlışlıkla ponksiyon yapılan vakalarda kist mayinin enfekte ve süpüre olması, bronşlara açılması, hemoptiziye sebebiyet vermesi ve hepisinden daha mühimi ve tehlikelisi kist mayine karşı allerjize olmuş hastalarda anafilaksi şokunun husule gelmesi ihtimalleri mevcuttur. Yanlışlıkla yapılan ponksiyon neticesi husule gelen dramatik tabloya misâl olarak yine 4 üncü vakamızı hatırlatabiliriz.

o) Yukarıda arzettiğimiz vakalarımızdan üçünde hemoptizi olmuştur. Bunun husulünde mekanik, allerjik veya toksik faktörlerden hangisinin rol oynadığını tayin edebilmek müşküldür. Bizde vakalarımızda bu hususu tayin edemedik.

p) Akciğer Kist hidatiği vakalarında hemoptizi husulü mekanik, toksik ve allerjik sebeplerle izah edilmektedir. S. Akkaynak, hidaditoz vakalarında kapiler permeabilitesinin arttığını düşünmektedir. Pıhtılaşma mekanizması ile kist vakaları arasında bir münasebet mevcudiyetine ait literatüre rastlamadık.

r) Türkiyede kisthidatik mücadelesinde, enfestasyon kaynaklarının giderilmesi ve musabiyetin önlenmesi bakımından veterinerlerin rolü büyük olacaktır. Mevcut hidaditoz vakalarının teşhis ve tedavileri ise, hekimlere düşen vazifedir. Memleketimizde Kist hidatikle mücadele etmek maksadiyle bir cemiyetin kurulmuş olması bu meselenin yeniden ve ehemmiyetle ele alındığını gösteren güzel ve hayırlı bir teşebbüstür.

REFERENCES

- 1 — Akçakoyunlu, İ, Türk Tıp Cem. Mec. 89: 37,1 Ocak 1945
- 2 — Akkaynak. S. Tüberküloz ve Toraks
- 3 — Banyai, A, L. Non Tuberculous Dis Of The Chest, 1954.
- 4 — Bengisu. B. XI. Milli Türk Tıp Kongresi, 1951.
- 5 — Bourgeois, P. Maladies de 1; Appereil Respiratoire, 813 : 19, 1957.
- 6 — Ergüder, R. Ayrıl, N. Tüberküloz ve toraks, 1.50, Ocak - Şubat, 1953.
- 7 — Gürkan, K. İ. Kyste Hydatique de La Rate, Traite par Splenectomie, Journal de Chirurgie, 71: 709 - 712, 1955.

- 8 — Gürkan K.I. Taşpınar, H. Böbrek kist hidatığı, Tıp Fak. Mec. 20: 187, 1957.
- 9 — Hinshaw H.C. Carland. L.H. Diseases of the chest, 1957.
- 10 — Mohr, L. Steehelin. R. Handbuch Inn. Med. Atmungsorgane IV/3, 1956.
- 11 — Naclerio. E. A. Bronchpulmonary Dieases, 1957.
- 12 — Nissen, R. Türk Tıp Cem. Mec. 79: 138.
- 13 — Oberhofer, B. Tıp Fak. Mec. no: 2, s. 245, 1954.
- 14 — Recai, Türk Tıp Cem. Mec. 79: 370, Ağustos 1936.
- 15 — Teschendorf, W. Lehrbuch der Röntgenologischen Differentialdiagnostik 1958.
- 16 — Yener. M. Ş. Gazioglu, K. II. Türk Tüberküloz Kongr. 1955.
- 17 — Yener M. Ş. Bullct. et Mémoires, Soc. Med. Hop. Paris, No: 7-8, P. 243, 1955.

Prof. Dr. Nusret KARASU : Aziz arkadaşım Dr. Kemal Berktime lütfettikleri izahat için teşekkür ederim.

Söz Dr. Sabih OKTAY arkadaşımıdır.

Kendileri kliniklerindeki vak'alardaki neticelere göre Dr. Kemal Berktime arkadaşına sorulan sualleride cevaplandırarak ve mücadele hakkındaki fikirlerini belirteceklerdir.

Dr. Sabih OKTAY

Kliniğimizde 1946 - 1958 yılları arasında (on bir sene) hidatik kist diyagnozu konmuş olan vaka sayısı 73 tür. Bunların bir kısmı ameliyatta kabul etmediklerinden taburcu edilmişler, küçük bir kısmı da ameliyatla kist dışında diğer hastalıklar (taşlı kolesisti, karaciğer kanseri, akciğer kanseri) bulunmuştur. Bu sebeple istatistiğimize alınmamışlardır. Biz burada sadece ameliyatla verifiye edilmiş hidatik kist vakalarından bahsedeceğiz. Aşağıdaki cetveller bu materyelden çıkarılmıştır.

	Vaka sayısı	% Miktarı
Ameliyatla verifiye edilmiş karaciğer hidatik kisti	25	73,5
Ameliyatla verifiye edilmiş dalak hidatik kisti	2	5,8
Ameliyatla verifiye edilmiş akciğer hidatik kisti	7	20,5
	34	

Bu 34 vakadan % 4 ün üzerinde éosinophilie bulunan vaka sayısı 12 (% 35) dir.

34 vakanın 29 unda Casoni ve Weinberg yapılmıştır. Bunlardan :

Casoni pozitif olanlar	9 (% 31)
Weinberg pozitif olanlar	5 (% 17,2)

7 akciğer hidatik kisti vakasında ésinophilile gösteren vaka sayısı 4 (% 57) dir.

Bu 7 vakanın 6 sında Casoni ve Weinberg yapılmıştır. Bunlardan 3 ünde her iki reaksiyon pozitif, diğer 3 ünde negatif bulunmuştur. (% 50).

Akciğer hidatik kistlerinde diyagnoz vakaların yarısında kolaylıkla kensa bile, geri kalan yarısında ancak bir ihtimal teşhisi halinde kalmak ve vakalar bu şekilde ameliyata verilmek zorundadır. Bronşa açılarak süptüre etmiş, apseleşmiş vakalarda teşhis imkânsız denecek derecede zordur. Böyle bir vakamızda Casoni ve Weinberg testleri negatif bulunmuş, sadece % 5-7 arasında değişen bir éosinophilie dikkati çekmiş, fakat askarid yumurtaları görüldüğünden bunun değerlendirilmesi de mümkün olamamıştır.

Komplikasyonsuz vakalarda diyagnoz şu 3 elemana dayanır.

1 — Radyolojik olarak keskin kenarlı, muntazam, yuvarlak veya oval homojen bir, (bazan müteaddit) opasite.

2 — Casoni testinin pozitif ve % 4 ün üzerinde bir éosinophilie'nin mevcut oluşu (vakalarımızın takriben yarısıdır).

3 — Hastaların umumiyetle genç veya orta yaşlı olup ateş, zayıflama, iştahsızlık, lökositoz gibi umumî septomlar göstermemeleri, akciğere ait şikâyetlerin mevcut olmayışı veya hafif derecede bulunuşu.

Bu 3 elemanın birlikte bulunduğu vakalarda diyagnoz oldukça sağlamdır, Akciğer hidatik kisti diyagnosunda en çok faydalandığımız, I madde gösterilmiş olan radyolojik muayenedir. Bunun hidatik kist şeklinde manalandırılması için mutlaka iki ve üçüncü maddelerdeki kriteriyumlardan birisinin birlikte bulunması şarttır. Çünkü sadece muntazam yuvarlak homojen bir gölge hidatik kist için patognomonik değildir. Akciğerin benign tümörleri (dermoid kist, adenoma hamartoma, nörofibroma), primer ve metastatik malign akciğer neoplazmaları, tüberkülozlar buna benzer bir radyolojik imaj verebilirler. Hidatik kist diyagnozunda, radyolojik olarak kisti taklid etmesi muhtemel adı geçen hastalıkların da per exclusionem ayrılmasına çalışılacağı aşikârdır. Kist hidatik diyagnozunun % yüz kat'iyetle konabilmesi ancak balgam veya vomik'te kroşe ve kist membranlarının görülmesi, yahut ameliyatla kistin çıkarılması ile mümkün olur. Bunun dışında konulan teşhisler daima az çok ihtimalî olarak kalmak zorundadır.

Kist hidatik diyagnozundaki yanılgılar iki grupta mütalâa edilebilir.

1) Başka hastalıkların hidatik kist zannedilmesi.

2) Kist hidatiğin başka başka bir hastalık sanılması. Fikrimce, bu yanılgıların her iki şeklide büyük bir önem taşımamaktadır. Çünkü hidatik kist taklid eden bütün diğer hastalıklarda da ameliyat endikasyonu mevcuttur.

Klinik materyelimize ait istatistik sonuçları ekli olarak sunulmuştur. Burada görüleceği üzere akciğer kist hidatiği vakalarında en çok éosinofili (% 57) diyagnozda yardımcı olmuştur. Vakaların ancak yarısı Casoni ve Weinberg testleri pozitif bulunmuş, böylece vakalarımızın ancak yarısı büyük bir ihtimalle, diğer yarısı ancak % 50 ihtimalle ameliyata verilmiştir. Klinikte en zor zor teşhis edilen vakalar süpüre eden ve böylece akciğer abscesinden ayrılması pek zorlaşmış olanlardır. Bunlarda çok defa casoni testinin negatif olduğu bilinmektedir. Orta çaplı bronşlardan menşe alan ve radyolojik olarak intrapulmoner, keskin kenarlı, oldukça muntazam bir opasite veren karsinomlar da ayrılması icap eden önemli vakalardır. Böyle bir vakamızda Casoni ve Weinberg pozitif bulunmuş ve éosinophilie % 10 olarak tesbit edilmiştir. Bu vakayı büyük bir ihtimalle hidatik kist diyagnozu koyarak cerrahiye verdik. Ameliyatta bunun kanser olduğu anlaşıldı.

Vakalarımızda benign tümörleri en sonra düşünüyoruz. Bunlar memleketimizde hidatik kistlerde nisbetle yok denecek kadar azdır. Kendi materyelimizde hiç rastlamadık. Her ikisinde de torakotomi endike olduğundan yanılmanın önemsizliği aşikârdır.

Bronşa açılarak spontan şifa ile sonuçlanmış bu vaka hatırlamıyorum; vomikde görmedim. Müşahade ettiğim başlıca komplikasyon inkomplet boşalma ve apseleşmeden ibarettir. Apsede olmuş vakaların antibiyotiklerle şifaya kavuşabileceklerini zannetmiyorum; çünkü kistektomi yapmadıkça kaviteyi kapamak mümkün değildir. Yukarıda zikrettiğimiz abse diyagnozu konarak uzun zaman atibiy tik tedavisi yapmıştık; iyileşme olmayınca, yine abse diyagnozu ile ameliyata verdik; operasyonda kist olduğu anlaşıldı.

Kistler klinikte ponksiyon yapılmasına kat'iyen taraftar değilim. Karaciğer hidatik kistlerinin sonucu periton boşluğunda pek çok sayıda kistin teşekkülü, çok görülmüş müşahadelerdendir. Aynı şeyin akciğerler içinde doğru olması gerekir. Bizim bir vakamızda kist sağ alt lobda lokalize olduğundan ploriti taklid eden fizik beirtiller alınmıştı. Asistan Doktorun Röntgen muayenesine lüzum görmeyen ponksiyon yapması ve hafif bulanık beyaz bir su çekmesi ile telaşlandık ve yapılan radyografi sağ alt kaidede çok büyük, yuvarlak muntazam kenarlı bir opasite gösterdi; ertesi gün ponksiyon yerinde kızarma ve kaşınmadan ibaret allerjik bir deri reaksiyonu 39 a kadar yükselen bir ateş meydana çıktı. Ameliyat bu ponksiyonun beşinci günü yapılmış ve kist tamamen ekstripe edilmiş, hasta şifa ile taburcu olmuştur. Bu vakanın sonraki durumunu bilmiyoruz.

Hemoptizi yalnız apseleşmiş olan vakamızda görülmüş, bu hastada bol ekspektorasyonla birlikte kanamanın birçok defalar tekrarladığı müşahade edilmiştir. Komplikasyonsuz vakalarımızda kanama olmamıştır. Bu istatistik dışında kalan bir kısım özel vakalarımızda ve daha eski müşahadelerimizde hafif derecede hemoptizilere rastladığımızı hatırlıyorum. Bunların mekanik sebeplere bağlı olması gerektiğini düşünüyorum. Vakalarımızın hiç birisinde kistin hemorajik diyatez yapıp yapmayacağı hususunda bir araştırma yapılmamıştır.

Türkiye'de hidatik kist mücadelesinde veteriner ve ziraatçıların daha önemli bir rol ifa edecekleri kanaatindeyim. Bu mücadele bu şekilde özetlenebilir:

1 — Şehir ve kasabalarda mezbahe dışı kesimlerin men'î ve mezbalarda kistli organların imhası.

2 — Köylerde yapılacak aydınlatıcı konferanslar, filh gösterileri ve diğer çeşitli telkinlerle hastalıklı karaciğerlerin köpekler tarafından yenilmemesinin önlenmesi.

3 — Başı boş köpeklerin imhası, ev ve çoban köpeklerinin zaman zaman parazitolojik muayeneye tabi tutulmaları, tenifüj ilaçlarla tedavisi.

4 — Sebze ve meyvaların, bahçelerde, bostanlarda köpek pisliği ile bulaşmış olması ihtimali düşünülmektedir bunların ancak iyice yıkandıktan sonra çiğ olarak yenilebileceğinin halka öğretilmesi, (Hekimlere düşen vazife).

Dr. Nusret KARASU : Aziz arkadaşım Sabih Oktay'a kıymetli mütalâalarından dolayı teşekkür ederim.

Söz sırası Dr. Selâhattin Akkaynak'tır.

Dr. Selâhattin AKKAYNAK

Akciğer hidatik kistlerinin teşhisi umumiyetle zordur. Çünkü semptomlar genel olarak bir dekolman aşikâr rüptür veya kistin bakteriyel enfeksiyonundan sonra teessür etmektedir. Nitekim vak'alarımızda % 23,21 nisbetinde ekspülatris torakotomi'ye baş vurmuş olmasında teşhisin zor olduğuna bir delildir.

Teşhiste istinad edilen metodlar, akciğer grafisi, Casoni, Weinberg ve eozinofilidir.

Akciğer hidatik kist'inin radyolojik görünüşü ancak canlı, intal ve sert, rijit dokularda uzak bulunan hallerde vasıflardır. Bunun dışında akciğer hidatik kistinin taklid etmeyeceği akciğer hastalığı hemen yok gibidir.

İki vak'amızda akciğer hidatik kisti nörolojik belirtileri göstermektedir. Birinde solda horner sendromu, diğerinde parapleji vardır.

İki vak'amızda kaburgalar arası mesafelerde genişleme ve kaburga kemikleri ile birinde omurgada aşikâr kemik destriksiyonu mevcuttu. EİR kısım klâsik kitaplarda Hidatik kistinin kemik destriksiyonu yapmadığı yazılı olduğuna göre bu buluş enteresandır.

Kat'i bir istatistik vermek mümkün olmakla beraber kanaatimizce memleketimizde Akciğer Hidatik kistlerinin enfekte olmasından ileri gelen akciğer apseleri yekûnu oldukça fazladır.

Biolojik reaksiyonlar: Bizim vak'alarımızda Casoni % 52,50, Weinberg % 26,47 nisbetinde müsbet bulunmuşlardır.

Yabancı müelliflerin neşriyatına ve beşinci enternasyonal hydatido-se kongresi raporlarına göre Casoni'nin müsbetlik nisbeti % 50 - 86, Weinberg'in müsbetlik nispeti % 6 - 45 aralarında değişmektedir. Bunu nazarı itibare alarak müellif testlerin müsbet olmasında ve lâboratuvarıdan Lâboratuvara göre değişmesinde, teknik yanında antijenin menşee ve hazırlanmasının da rol oynadığını ileri sürerek antijenin enternasyonal olarak standardize edilmesini teklif etmektedirler.

Casoni testinde 6-8 saat sonra husule gelen reaksiyon değerlidir. Erken reaksiyon (15 dakika sonra) Hydatidin mayii içindeki polisakkaritlere bağlıdır, spesifik değildir. Geç reaksiyon Hydatidi'nin globulini-ne bağlıdır ve sipasifiktir.

Casoni testinde müsbet reaksiyon, 2-5 cm. lik bir kırmızılık ve infiltrasyonla kendini gösterir. Antijen 6 aydan eski olmamalıdır.

Casoni reaksiyonunda ilk test kıymetlidir. Ekinokok ameliyatından veya şifasından sonra Casoni uzun müddet müsbet kalmaktadır. Halbuki Weinberg testi ameliyattan 6 ay sonra menfi oluyor. Bu sebeple bu gün Weinberg testi müsbet vak'alarda ameliyattan sonra başka bir kist kalıp kalmadığını veya sekonder kistler husule gelip gelmediğini araştırmak bakımından değerli görülmektedir. Eğer 6 sonra test halâ müsbet devam ederse organizmada kist var demektir.

Eozinofili vak'alarımızda ortalama % 71 nisbetinde eozinofili görülmüştür. Muhtelif müelliflere göre de eozinofili % 50 - 75 nisbetinde yoktur. Esasen eozinofili umumiyetle biolojik testlerle paraleldir. Biolojik testler müsbet olurda eozinofilde vardır. Çünkü; eozinofili de biolojik testler gibi Hydatidin mayii'nin permaibilitesine bağlıdır. Bu sebeple eozinofilinin diagnostik bir değeri yoktur.

Akciğer hidatik kist'inin semptomolojisi: Akciğer hidatik kist'inin semptomları 1) Kompresyona bağlı 2) Rüptüre bağlı 3) apse teşekkülüne bağlı 4) Sekonder ekinokok hastalığına 5) ve anafaktik reaksiyonlara bağlıdır. Ayrıca çocuklarda neşvüname geriliğinde yapabilmektedir.

Akciğer hidatik kist'inin ilik belirtileri umumiyetle öksürük, ağrı, balgam, hemoptizidir. Biz vak'alarımızda plörezi ve dispne görmedik. Vak'alarımızın bir kısmında da hastalık tarama esnasında tesadüfen tesbit edilmiştir.

Akciğer hidatik kist'inden hemoptizi, periveziküler lenfatik mesafelere vaki kanamalardan ileri gelmektedir. İleri safhalarda bronşlarda kompresyonla daralma ve sekret birikmedi kronik bronşitlere yol açıyor. Periferik dokunun kompresyonu ile atelekteziler husule geliyor. Pe-

riferdeki bu atelektezik proses ve pnömonik infiltrasyonlar çok kere ateş yükselmelerine sebep olmaktadır.

Hidatik kist'inde dekolman hidatik mayinin basıncının azaldığını ve dolayısıyla kist'in ölüm safhasında olduğuna alamettir. Perivesiküler mesafede hava, perforasyon ve iltihaplanmaya delâlet eder. Bir vak'amızda çok aşikâr «Nilüfer arazi» gösteren dekolman mevcuttu. Bir sene sonra tekrar görülen hastada dekolman belirtisi kaybolmuş tipik akciğer hidatik kisti tablosu yeniden teşekkül etmişti.

Akciğer hidatik kisti rüptürü: Rüptür ya sinsi oluyor veya akut şekilde hasta kist membranını ve muhteviyatını birlikte dışarı atıyor. Bir hastamız yafa portakalı büyüklüğünde bir kisti farkına varmadan dışarı atmıştı. Oldukça münevver olan bu hasta kistin ne şekilde boşaldığının farkında değildi. Fakat 10 gün sonra bir ikinci kistini gene öksürükle dışarı atmıştı. Bir kap içerisinde getiri gösterdi.

Süfokasyonla ölüm nadir olmakla beraber görülebilmektedir. Sinsi boşalan vak'alar sekonder olarak enfekte olabilirler. Bu hallerde ürtikerden, ağır anafilaktik semptomlara kadar tezahürler husule gelmektedir.

Orta mektep talebesi olan bir kız çocuğu vakamızda taramada hidatik kisti bulunmuştu. Ailesi ameliyata razı olmadı. Teşhisten takriben 2 sene sonra bir gün okulda arkadaşları ile oynarken birden bire kist patlamış ve çocuk bize ileri derecede siyanöz ve dispne halinde yatırılmıştı. Şiddetli kanama vardı. Bu hal bize patlamış hidatik kisti membranının hava yollarını tıkanmış olması intibahı verdiğinden Hastaya hemen bronkoskopi yaptık. Filhakika kist membranı ses tellerine takılmış bir halde idi, forsepsle alındı ve kanla dolu olan bronşlar aspire edildiler. Bundan sonra hasta açıldı. Fakat radyolojik olarak solda enfilmatur - atelektezik bir tablo teşekkül etti. Evvelâ sadece sol kalp açığında bulunan tablo yavaş yavaş evolue olarak 24 saatte bütün sol akciğeri doldurdu. Aşağı mediasten sola devriye idi. Ve bu sırada hafif ateşle beraber eozinofili teessüs etti. Bu enfiltasyon 24 saatten sonra tedricen geriliyerek 5 gün içerisinde tamamen silindi. Ve çocuk hiç bir şikâyeti olmadan hastaneyi terketti.

Hidatik Kistinde Tedavi ve Korunma

Hidatik kistin bilinen tedavisi cerrahidir. Kist tesbit edilir edilmez vak'aya müdahale edilerek muahher ihtilâtlardan korunmalıdır.

Bu güne kadar dahili tedaviden her ne kadar bir netice almamış ise de bazı İspanyol ve Fransız müellifleri 1951 den bu yana tatbik ettik-

leri «İoid - Thymolyağı mahlülünden iyi netice aldıklarını bildirmekte idiler» % 50 thymol nebati yağ içinde eritilerek % 1 nispetinde İod ilâve edilmekte ve bu solüsyon gün aşırı 3 cc. olarak enjekte edilmektedir. 10 gün ara ile 15 enjeksiyon mürekkep 4 seri tedavi yapılmaktadır.

C. Garcia 6 karaciğer, ve 10 akciğer ekinokok kistinde aşikâr gerileme olduğunu bildirmektedir.

Korunma hiç şüphesizki bu hastalığın memleketimizden silmenin yegâne yoludur. Nitekim başka memleketlerde bu yoldan alınan tedbirlerle çok iyi neticeler alınmıştır, alınmaktadır. Buna en iyi misâl İzlandadır. 1900 senesinde otopsi bulguları ile halkın % de 30 unda kist varken 1930 - 1944 arasında 1200 otopsi vak'asında % 5 nisbetinde ve münhasıran yaşlılarda kist bulunmuştur.

Korunmada tedbirler mezbahalardan başlamalıdır. Enfekte muhitlerde hasta hayvanların eti veya sakadatı kat'iyen köpeklerle verilmemelidir.

Köpekler yeniden enfekte olmazsa 6 ayda enfeksiyonları geçer. Enfekte muhitlerde hasta olsun olmasın bütün köpeklerle senede bir kere Arachol inhydrobromid verilmelidir.

Bu bakımdan hekimler, veteriner hekimler, Belediye teşkilâtının iş birliği yapması zaruridir. Her ekinokok vak'ası ihbar edilmelidir. Bu ihbar üzerine Veteriner Doktorlar ve mahalli belediyeler yukarıda bahs edilen esaslar dahilinde tedbir almalıdırlar.

Dr. Karasu : Aziz arkadaşım Dr. Selâhattin Akkaynak'a kıymetli mütalâalarından dolayı çok teşekkür ederim.

Şimdi Dahiliyecilerin mütalâalarını bitirmiş bulunuyoruz. Operatör arkadaşlarımızın sözlerinden evvel Veteriner arkadaşlarımızın noktayı nazırlarına müracaat edeceğim.

Kendilerinden Bilhassa :

- Kist Hidatikte insan patolojisi bakımından Köpekten başka hayvanların rolü olup olmadığı.
- Kistli hayvan etinin insana zarar verip vermiyeceği. (Sucuk, Salam, Çiğ Köfte v.s.)
- Hayvanlarda mücadele için ne düşünülmesi lâzım geldiği.
- Sığır v.s. hayvanlarda hayatta teşhis konulup konulmayacağı.
- Şihhi tedbir için bir tedbir düşünülüp düşünilemeyeceği.

- f. Casonie ve Weinberg reaksiyonları hakkında ne düşündükleri.
 - g. Bu reaksiyonlara fazla bel bağlanıp bağlanmayacağı.
 - r. Kist Hidatiğin memleketimiz için bir problem olup olmadığı. Köpekte tenya nisbeti hakkındaki mütalâaları.
 - i. Mücadelenin temeli hakkında ne düşündükleri.
- Konularını cevaplandıracaklardır.

Söz Dr. Ömer Ertürk'ündür.

Dr. Ömer ERTÜRK

Kist hidatiği meydana getiren iki ayrı tür Ekinokok vardır.

- 1 — Ekinokokkus granulosus
- 2 — Ekinokokkus alveolaris (E. multilocularis)
- 1 — E. Granulosus'un olgunları :
 - a) Köpeklerde
 - b) Kurtlarda
 - c) Amerika çakalı (Coyote)
- 2 — E. Multilocularis'in olgunları :
 - a) Köpek
 - b) Tilki
 - c) Kedi'lerde yaşamaktadır.

Kistli hayvan eti (sucuk, salam, pastırma, çiğ köfte v.s.) insana zarar değildir.

Hayvanlarda mücadele sistemi iki grupta mütalâa edilebilir.

1 — Her iki türü taşıyan evci köpek ve kedileri kontrol ve tedavi (köpeklerde aracolin hydrobromid. Kedilerde Kamala veya Extrait ether de fougemale).

2 — Arahayvan diyebileceğimiz sığır, koyun, keçi ve tavşanların akciğer ve karaciğerlerindeki kist hidatidli kısımları köpek ve kedilere yedirmemek, vahşi et yiyenlerin (Kurt, çakal, sırtlan ve tilki), geceleri gezinebilecekleri yerlere bu gibi organları atmayıp gömmek veya yak-

mak ve bu hususları halka ve köy şartlarında köylülere anlatmak. (Köy kahvelerine halkın anlayacağı şekilde afişler asmak, köy öğretmenlerini halkı tenvire dâvet etmek).

Sığır vesair hayvanlarda hayattateşhis için insanlarda kullanılan Casoni veya intracutan testleri tatbik edilmemektedir. Ehli ruminantlarda teşhis daha çok mezbahalarda veya postmortem olarak otopsilerde yapılır. Esasen canlı hayvanlarda teşhisin fazla bir kıymeti yoktur. Çünkü kist hidatidli sığır ve koyunlar bu paraziti sağlam yani enfeksiyonsuz hayvanlara bulaştıramazlar. Enfeksiyon ancak bu paraziti taşıyan Karnivorların yumurtaları ile olmaktadır. Sığır ve koyunlar insanlar kadar uzun yaşamadıklarından bu hastalıktan mütevellit semptomlarda bu hayvanlarda pek dikkati çekmez.

Çiğ yenilen sebzelere karşı bir tedbir olarak, bu şekilde yani çiğ yenilen sebze ve meyvalar esash olarak yıkanmalı, temizlenmeli, yemeklerden önce eller iyice yıkanmalıdır.

Echinokoklu insan ve ot yiyen hayvanlardaki kistlerin teşhisi için Klinik yoklamalar inanç verici değildir. Operatöre ameliyat için kesin sözü söyletecek ancak komplement tespit reaksiyonu ile intradermal alerji reaksiyonudur. Bu metod (Casoni) yönünden konulmuştur.

Bu deneme (Pontano, Luridiana, Bacchi, Giampolo, Bacigalupo, Grosso ve Blumenthal) yönlerinden doğru bulunmuştur. Daha bir çok deneyiler de bunları tasdik etmişler ve bu metodun % 87 positif sonunç verdiğini belirtmişlerdir.

Bu reaksiyonun karakteristik özellikleri şunlardır.

1 — Özel bir reaksiyondur. Frengide komplement reaksiyonu karışabildiği halde bunda karışmıyor.

2 — Ölmüş, kireçleşmiş, peynirleşmiş ve irinleşmiş kistler ve kaseksi halinde reaksiyon negatiftir.

3 — İnsan, koyun ve sığırlarda elde edilen echinokok kistlerinin sıvısı ile eşit sonunç alınmaktadır.

4 — Yukarıda sayılan sebepler dolayısı ile negatif gösteren bir hasta bir yırtılma veya operasyon dolayısıyla kesenin parçalanması halinde komplement reaksiyonunda olduğu gibi hemen positif olmaya başlar aylar ve yıllarca positif olmaya devam eder. Hattâ (Botteri) nin görüşüne göre 22 yıl devam etmiştir. Fakat tüm olarak yapılmış bir operasyondan sonra hiç bir kist veya iz kalmamışsa negatif olur.

Kuru Konsantre Allergen :

İnsan ve hayvanlardaki hidatidosis invazyonlarını teşhis etmek için allergi reaksiyonu protik bir metod olduğu halde bu reaksiyonun pratikte beyenilmemesinin sebebi antijenin iyi hazırlanmamasıdır. Bu maksatla kullanılacak antijen hidatidosis'in komplemen fixation reaksiyonundaki antigendir. Kuru antijen 1/10000 nisbetinde sulandırıldıktan sonra 2.2 cc. miktarı interadermel şırınga edilmek suretiyle tatbik olunur.

Diğer bir antigende hidatidlerin scolex'lerinin polisaceharidleri ekstraksiyon yapılarak elde edilir. Günlük çalışmalar için (Dennis) antijeni iyi sonuç vermektedir.

Kanatımızca Türkiye'de bir kist hidatid problemi vardır. 1957 yılında Ankara et kombinasında kesilen 335672 koyunun yalnız karaciğerlerindeki kist hidatid nisbeti % 49, aynı yıl aynı kombinada kesilen 42401 sığının karaciğerindeki ekinokok nisbeti % 47 dir. (Mimoğlu, Güralp ve Sayın tarafından yapılan araştırmalar).

Türkiyede köpeklerde ekinokok bakımından iki şehirde araştırmalar yapılmıştır. 1928 de İsmail Hakkı Çelebi İstanbul'da muayene ettiği 100 kadar köpeğin 3 tanesinde, 1957 de Şevket Yaşarol İstanbul'da muayene ettiği 350 köpeğin 2 tanesinde % 0.5,8 rastlamışlardır. 1957 de ve 1958 de Mimoğlu Güralp ve Sayın Ankara'da otopsiyi yapılan 32 köpeğin 2 sinde % 6,45 E. granulosus'a rastlamışlardır.

Mücadelenin temeli hem sıhhat ve hem de Ziraat Vekâletleri tarafından müştereken ele alınmalıdır.

Dr. Karasu : Sayın Dr. Ömer Ertürk' kıymetli mütalâalarından dolayı teşekkür ederim.

Şimdi sözü Sayın Dr. Hasan Şükrü Oytun'a veriyorum.

Soru : 1 — Cyste hydatique için köpekten başka insan için zararlı hayvan var mıdır?

Müsaade ederseniz ilk önce kısa izahat vereyim. Bu suretle kolaylıkla soruya cevap vermiş olurum. Son senelerde yapılmış olan araştırmalara nazaran, biri 1. Echinococcus granulosus, diğeri 2. Echinococcus multilocularis olmak üzere iki ayrı tenya nev'nin bulunduğu anlaşılmıştır.

1 — Echinococcus granulosus Batsch, 1786 köpeklerin barsaklarından başka, kedi, kurt, çakal, tilki ve daha bir çok et yiyen hayvanların barsaklarında parazitlenirler.

1 — Echinococcus multilocularis Leuckart, 1863 bilhassa tilki ve bu arada köpek, kedi ve diğer et yiyen hayvanların barsaklarında yaşamaktadır. Bu bakımdan köpekten başka kedi, tilki, kurt ve çakal gibi hayvanlar, insanlar için tehlikeli ve zararlıdır. Bunları barsaklarında yaşayan ve 3-4 halkadan ibaret olup boyları 5-6 milimetreyi geçmeyen bu iki küçük tenyanın yumurtaları, hayvanın dışkı ile dışarıya çıkarlar. İnsanlardan başka koyun, sığır, manda, keçi, deve, geyik, karaca, antilop, beygir, katır, eşek, fil ve daha bir çok memeli hayvanların besisi maddeleri veya suları ile barsaklarına gelirler. Yumurtanın içinde bulunan onkosfer gelişir. Barsak duvarını deler ve kan yolu ile karaciğer ve akciğerlere; umumi dolaşıma karışanlar ise, organizmanın her organına dağılırlar. Bu sebepten dolayı Cyste Hydatique'leri bütün organlarda, hattâ kemiklerde, kemik özünde de tesadüf etmek kabildir.

Bu tenya evinden birincisi, Cyste Hydatique dediğimiz Echinococcus hydatosus'un primer veya secondaire şeklini meydana getirir. İkincisi ise, son senelerde 1951 senesinde Rausch ve Schiller'in Alaskanın kuzey adalarında ve 1953 yılında H. Vogel'in Hamburg Tropen Enstitüsünde yaptıkları araştırmalara nazaran, Cyste Hydatique dediğimiz ekinokok tamamiyle ayrı doku ve yapıda olan echinococcus alveolaris veya echinococcus multilocularis şeklini meydana getirdikleri anlaşılmıştır. Uzun seneler Fransa'da Deve ve Avusturyada Dew adlı araştırmacılar, bir nevi ekinokok tenyasının bulunduğunu iddia etmişlerdi. Halbuki son senelerde yapılmış olan bu araştırmalar neticesinde, iki ayrı tenyanın bulunduğu anlaşılmış ve parazitin morfolojisine layıkıyla dikkat etmediğinden fikirlerini müdafaa edemeyen meşhur operatör Posselt'in fikir ve müshadelerinin doğru olduğu anlaşılmıştır.

İkincisinin arakonakçı vazifesini gören bilhassa tarla fareleridir. Tarla farelerinden başka, insanlar ve daha bir çok hayvanlar gelmektedir. Üzerinde durduğumuz E. alveolaris şekli şimdiye kadar memleketimizde II. vak'a yayınlanmıştır. Ankara Tıp Fakültesi Tıbbi müsamerelerinde Patoloji Enstitüsü tarafından bildirilmiş olup henüz yayınlanmamış olan 5 vak'a cem'an 16 vak'a görülmüştür. Köylülerde görülen bu alayların doğu hudutlarımızdan batı hudutlarımıza kadar dağılmış olması keyfiyeti dikkate şayandır.

Soru 2 — Ağız yolundan başka bir enfeksiyon imkânı var mıdır?

Ağız yolundan başka, solunum yolunun bir enfeksiyon kaynağı olabilir. Son yıllarda muhtelif tecrübe hayvanlarında yapılmış olan deneylere göre tozlar arasına karışan ekinokok tenyası yumurtasının akciğerlere geldikleri zaman akciğerlerde mevcut olan rutubet ve hararet, eki-

nokok onkosferlerinin gelişmesine ve Cyste hydatique şeklinin meydana gelmesine kâfi geldiği anlaşılmıştır. Bu itibarla ekinokok invazyonu, yalnız besi maddeleri ve sularla değil, aynı zamanda teneffüs edilen tozu ve topraklı hava ile, ekinokok yumurtalarının akciğerlere gelmesiyle meydana gelebileceği aydınlanmış ve anlaşılmıştır. İnsanlarda görülen akciğer ekinokoklarının bir çoğu bu şekilde meydana gelir. Bunları toprağa müteveccih olan kasaplık hayvanlar, bilhassa sürünün arkasında kalanlar, daha fazla yerden kalkan tozlara maruz kaldıklarından daha fazla enfekte olurlar.

Soru 3 — Kistli hayvan eti zararlıdır. Socuk, salam, pastırma ve çiğ köfte gibi etlerle geçer mi?

Parazitin kısaca anlattığım biyolojisine nazaran kistli hayvan eti ile yapılmış olan et mustahzaratı yenildiği takdirde, parazitin gelişmesi bakımından bir zarar yapmaz. Ancak tiksindiricidir. Toksini bakımından zararlıdır. Et sağlık zabıtası bunları sarf ve istihlaktan meneder. Fakat bunlarla insanlara ekinokok geçmez. Çiğ olarak yenen sebzeler, salatalar, yeşillikler meyveler ve buna benzer maddeler köpek gaitası ile mülevves ise, ekinokok yumurtalarını taşıdıkları takdirde tehlikelidir. Ekinokok insanlara bunlarla geçer. Yoksa ekinokok'un tenya şekli insanların barsaklarında yaşadığı tesbit edilmemiştir.

Soru 4 — Teşhis için Weinberg ve Casoni reaksiyonlarına fazla bağlanma taraftarınız mı?

Bütün paraziter hastalıklarında görülen semptomlarla kesin olarak teşhisleri mümkün değildir. Paraziter hastalıkların kesin teşhisler için parazitin kendisi veya gelişme safhalarından bir tanesinin görülmesiyle mümkündür. Görülmedikleri zaman teşhis için yapılan, radyolojik, serolojik, allerjik, metodlar kat'iyetle ifade etmezler. Bu sebepten dolayı Weinberg ve Casoni reaksiyonlarına fazla bağlanma taraftarı değilim. Esasen bu her iki reaksiyonu meth ve müdafaa edenlerin elde ettikleri neticeler Weinberg de % 17 - 84 pozitif, Casoni'de de ise % 85 - 95 oranında pozitifdir. Barsak helmintlerine yakalanmış olan hastalarda ise bu reaksiyonun pozitif sonuç verdiklerini ve birinci reaksiyonun muteber olduğunu unutmamalıdır.

Soru 5 — Kanaatinizce Türkiye'de bir Cyst hydatique problemi varmıdır? Hangi çeşit hayvanlarda ne nisbette Cyste hydatique vardır? Köpeklerde ne nisbette tenya görülmüştür?

Memleketimizde bir Cyste hydatique probleminin bulunduğu muhakkaktır. Güney Avrupa'da ve bu arada bütün akdeniz havzası ekinokok bölgesidir. Civar komşularımızdan Bulgaristan, Yugoslavya, Yunanistan, İtalya Cenubi Fransa, Cezayir, Fas, Tunus, Mısır, Lübnan ve İsrail bu hastalığa büyük önem vererek, gerekli hazırlıkları yapmışlardır. İnsanların sağlığını korumak için cemiyetler ve enstitüler kurmuşlar, Uluslar arası toplanan ekonokok (Hydatidose kongrelerinde yaptıkları araştırmaların sonuçlarını bildirmişlerdir. Biz geç kalmış olmakla beraber, bu problemin büyük önem taşıdığı kanaatindeyim. Her ne kadar eldeki istatistiklerimiz, insanlarda bu hastalığın az görüldüğünü göstermekte isede, bu rakamların hakikati ifade etmediklerini zannediyorum. Sağlık ve Sosyal yardım Vekâletinden 1955 yılına ait olarak elde ettiğim istatistiklere göre, bütün Türkiye Hastahanelerinden bildirilen 220 Cyste hydatique vak'ası çok azdır. Bu 220 vak'adan 150 si (% 68,2) Ankara, 36 vak'ası (% 16,4) İstanbul, 34 vak'ası da (% 15,41) Türkiye'nin diğer bütün hastahanelerinden bildirilen vak'alardır ki, hakikatin ifadesi olduğunu, ben şahsen kolaylıkla kabul edemiyorum. Hayvanlara gelince son senelere kadar mezbahalarda kesilen kasaplık hayvanlarda ekinokokozun % 10 u tecavüz etmediği bildirilmekte idi. Benim ilk önce Ankara, İstanbul, İzmir, Adana ve Mersin mezbahalarında koyun ve keçiler üzerinde yapmış olduğum araştırmalara nazaran memleketimizde bu iki hayvanda görülen ekinokok nisbeti % 50 olduğu ve bazı müstesna olaylarda bu rakamın % 75 e kadar çıktığı anlaşılmıştır.

Ş. Yaşarol (1956) İstanbul mezbahasında muayene ettiği 10376 koyunun (5427) si % 52,3 kisthidatikli olduğu görülmüştür.

Ankara et kombinasında 1957 senesinde kesilen 337,672 koyunun yalnız karaciğerlerindeki kist hidatik nisbeti % 49 ve bu hastalıktan mütevellit karaciğerlerin imha nisbetinin de % 10,85 olduğu anlaşılmıştır. Yine aynı sene zarfında kesilen 42401 baş sığırın karaciğerlerinde tesadüf edilen ekinokok nisbeti % 47 olduğu ve imha nisbeti ise % 19,27 olarak tesbit edilmiştir. İmha edilen koyun ve sığır karaciğerlerinin tanesini 2 - 3 lira ile kıymetlendirdiğimiz takdirde, her sene kaybettiğimiz kıymetin yüzbinlerce lira ile hesabedilebileceği kolaylıkla anlaşılmaktadır.

İnsan ve kasaplık hayvanlarımızda kist hidatik'in görülmesi, erişkin olan tenyanın köpeklerimizde bulunduğunu göstermektedir. Şimdiye kadar Ankara ve İstanbul köpeklerinde yapılmış olan araştırmalara na-

zaran Ankara köpeklerinde (% 6,45), İstanbul köpeklerinde ise (% 5,8-6,3) nisbetinde olduğu anlaşılmıştır.

Soru 6 — Mücadelesi için ne yapılmalıdır, hangi Vekâlet tarafından ele alınmalıdır?

Cyste hydatique problemi bir taraftan insan sağlığını diğer taraftan evcil hayvanların sağlığını, dolayısıyla memleket hayvancılığını, iktisadiyatını, milli servetini ilgilendiren ve tehdit eden bir problemdir. Bu bakımdan Sağlık ve Ziraat Vekâletleri el ele vermek suretiyle bu afetle meşgul olmaları ve gerektiği şekilde mücadeleye başlamaları lâzımdır. Ahnacık tedbirlerin semereleri ve muvaffakiyet verici olabilmesi için, muhakkak surette parazitin biyolojisine dayanmaları icabeder. Bunun için mücadeleye mezbahalardan invazyonun başladığı yerden hareketle aşağıda maddeler halinde hülâsa edildiği şekilde hareket etmek lâzım gelir.

1 — Mezbahalarda, kasaplık hayvanlarda tesadüf edilen ekinokoklu organları sureti kat'iyetle bu iş için elverişli furunlarda yakarak imha etmelidir. Bu maksat için en uygun furunlar, mazotla çalışanlardır. Hastahanelerde ameliyat olan hastalardan çıkarılan ekinokoklu parçalar, aynı şekilde yakılmalı, çöp tenekelerine atılmamalıdır.

2 — Baş boş gezen sahipsiz köpek ve kedileri, belediyeler ve köy muhtarları vasıtasıyla her mevsim zehirletmeli ve halkın bunları kurtarmak için gösterdikleri gayrete menetmelidir.

3 — Sahibi olan köpekleri, bilhassa çoban köpeklerini, lâakal senede iki defa gaita muayenesine tabi tutmalı ve hasta olanları tedavi etmelidir. Sahipli köpeklerin sağlık cüzdanları olmalıdır.

4 — Ekinokoklu organların köpeklere çiğ olarak verilmesi ile o memleket insan ve hayvanlarında büyük bir tehlike tevhit ettiğini hayvan sahiplerine köylülere, kasap ve çobanlara anlamalı, resim ve filimlerle durum izah edilmelidir. Film olmadığı takdirde, müzikli gramafon plâkaları ile önemli noktalar belirtilmeli ve lüzum hasıl olacak yerlerde çalınmak suretiyle halkı aydınlatılmalıdır. İlk ve orta okullarda konferanslar vermeli, okuma kitaplarına bu hastalığın önemini belirtir yazılar yazmalıdır. Ayrıca broşürler yayınlamalıdır. Kahvelerde, köy odalarında, okuma odalarında, okullarda bu hastalığın insanlara ne şekilde geçtiğini gösteren renkli levhalar asmalı ve halkın köylünün dikkatini çekmelidir.

Ekinokokoz (hydatidose) memleketimiz için başlı başına bir problemdir. Gerekli ilmi ve iktisadi araştırmaları yapacak ve memleketimize

göre uygun savaş çarelerini organize edecek bir cemiyete veya enstitüye büyük bir ihtiyaç vardır. Böyle bir teşekkülü kısa bir zamanda tesis etmeli, halkımızın sıhhat ve selâmeti bakımından faaliyete geçirmeliyiz.

Dr. Karasu : Veteriner arkadaşlarımızın mütalâalarından daha fazla tenevvür etmiş bulunuyoruz.

Şimdi söz sırası operatör arkadaşlarımızdır.

Kendilerinden bilhassa şu noktalarda bizleri tenvir buyurmalarını rica edeceğim.

- Akciğerlerde multiloküler kist gördülermi?
- Aynı akciğerde müteaddit kist görülen vak'alarda
- Her iki akciğerde ve
- Akciğerle karaciğerde müşterek kist olan vak'alarda cerrahi tedavi metodları nelerdir?
- Toraks duvarına yayılan akciğer kist hidatik şekli görmüşlermi?
- Tüberkülozla müşterek vak'aları varmıdır?
- Kanserle müşterek vak'aları varmıdır?
- Cerahetlenmiş bir kese ile ampiyem veya apse arasında tedavi cihetinden bir fark görüyorlarmı?
- Cerahetli olan vak'alarda hangi tedavi metodunu tercih ediyorlar?
- Ameliyat mortalitesi hakkında kanaatları nedir?
- Nüks veya tekrerrürlere rast gelmişlermidir?
- Başka teşhisle ameliyata gelen vak'alar çok mudur?
- Kist teşhisiyle gelip başka hastalık çıkan vak'alar çok mudur?
- Cerrahin pıçağının kist hidatik mücadelesindeki rolü nedir?

Söz Operatör Dr. Galip URAK'INDIR.

S — Akciğer kist hidatiki bizim memlekette fazla görülmektedir?

C — Maalesef bizim diğer organ kist hidatikleri gibi akciğer kisthidatikleride çok sık kliniğimize müracaat etmektedir.

- S — Size müracaat eden vakalarda hangi tarafta daha fazla görülü-yordu?
- C — Ameliyat ettiğimiz vakalarda sağ tarafta sola nisbetle daha fazla rastladık. 150 vakadan 65 solda, 85 sağda idi.
- S — Mültipl kisthidatik vakalarına rastladınız mı?
- C — Evet, bir akciğerde müteaddit kistle olduğu gibi her iki akciğerde de birde nfazla kist bulunabilir. Biz bir vakamızda bir akciğerden beş kist çıkardık.
- S — Kadın ve erkekte musabiyet (insidens) farkı varmıdır?
- C — Bizim istatistiğimize göre erkeklerde biraz fazla görülmektedir. Fakat bizim kanaatımıza göre bu cüz'i fark zahiridir. Kliniğimize yatan erkek hastalar kadınlardan fazla olduğundan büyük bir ihtimalle bu cüz'i fark bundan neşet etmektedir.
- S — Mültiloküler akciğer kisthidatiğine tesadüf ettiniz mi?
- C — Hayır müdahale edilen 150 vakada kist hidatiğin bu şeklini görmedik.
- S — Acaba vakalarımızda vefiyat ne nisbette dir?
- C — Kist hidatik müdahalelerinde mortalite nisbeti çok düşüktür. Pek tabii bu yapılan müdahale şekline de tabidir. Bizim 150 vakalık serimizde 3 eksittis vardır.
- S — Karaciğer yolundan başka evazyon şekli düşünüyormusunuz?
- C — Bize müracaat eden akciğer kist hidatik vakalarının ancak bir kaç tanesinde 4 vaka, karaciğerde de kist bulunması bu vakalarda buluşma yolunun daha ziyade teneffüs yolu olduğu kanaatını bizde uyan-dırmıştır. Bundan başka devenin yaptığı tetkikler kist hidatik yu-murtasının üzerindeki mukavim kütikül tabakasının yalnız asit va-satta erimeyip, harap olan lökositelerden meydana çıkan anzim-lerden ve brans ifrazında da müteessir olduğunu göstermiştir. 150 akciğer kist hidatiği vakamızın 146 sında diğer organlarda kist tesadüf edilmemesi akciğer kisthidatiğinde daha ziyade teneffüs yolunun rol oynadığını düşündürür.
- S — Kist hidatik tedavisinde nasıl bir müdahale şekli tercih ediyorsu-nuz?
- C — Son zamanlarda hemen hemen yalnız istetomi yapmaktayız. Kis-tin jermınatif tabakasını çıkardıktan sonra brans ağzlarını tek tek dikip kapıtoneaj yapmak süratle şifayı temin etmektedir. Kis-

tektomi ve hele löbektomiye pek istisnai vakalarda yapmaktayız. Kistektominin kistotomiye müreccah olduğunu kabul etmiyoruz. Bu ameliyat şekinden sonra kalacağı iddia edilen bronsektazinin, ameliyat sırası yaptığımız bronkografilerde varit olmadığını gör-dük, aynı zamanda kistektomi daha kanlı bir ameliyat şeklidir. Lobektomi ise ancak akciğer dokusunun fibrose uğradığı, aynı lopta birkaç kisti ihtiva ettiği vakalarda düşünülebilir.

- S — İki taraflı kist hidatik vakalarında ne şekilde müdahale ediyorsu-sunuz?
- C — Klâsik olarak evvelâ bir tarafa müdahale edildikten bir kaç ay sonra mukabil tarafta müdahale edilir. Fakat herhangi bir zaruret varsa trans-sternal bir enzisyonla iki tarafada aynı zamanda müdahale etmek imkânı bu gün için mevcuttur.
- S — Başka organlarda da mevcut olursa evvelâ hangisine müdahale edersiniz?
- C — Bence akciğerdekine, rüptüre olmak ihtimali daha fazladır.
- S — Akciğer apsesi ile süpüre kist hidatik arasında fark varmıdır?
- C — Muhakkak süpüre kist hidatik akciğer apsesine nazaran çok selim seyir etmektedir. Ameliyat şekli ve mortalite nisbetide bunu açık-ça gösterir. Akciğer apsesinde rezeksiyon mecburiyeti olduğu hal-de süpüre kist hidatiklerde bu yoktur. Biz kaviteyi açıp içini iyi-ce aspre ettikten sonra formalinli tomponlar ile kuruluyor ve an-tibiotik doldurarak kapıtone ediyoruz. Bu hastalarda 8-10 gün zarfında hastaneyi şifa ile terk ediyorlar.
- S — Başka teşhis ile açtığımız vakalar oldumu?
- C — Edindiğim tecrübelerle akciğer kist hidatiğinin taklit edemeyeceği akciğer hastalığı yoktur. Apse, kanser, tüberküloz teşhisiyle ri-y-le yapılan torakotomiler nadir değildir.
- S — Kist hidatik ile mücadele de cerrahin rolü ne derecededir?
- C — Bence cerrahın burada hiç bir rolü olamaz. Meselâ insanları bu hastalıktan korumaktır. Biz ise sitayette bir rol oynamayan insa-nı tedavi ediyoruz.

Dr. Karasu : Aziz arkadaşım Operatör Dr. Galip Urakın kıymetli mütalâalarına teşekkür ederim.

Söz Operatör Siyami Ersek arkadaşımıdır.

- S. 1 — Akciğerde multiloküler kist gördünüz mü? Cerrahi müdahale ne-
ticesi nedir?
- C. 1 — Akciğer hidatik kistleri karaciğer hidatik kistlerinin aksine bi-
linmeyen bir sebepten ötürü presipitasyonu ile daima uniloküler
olurlar. Bu itibarla 86 vakanın bizim serimizde multiloküler hi-
datik kist vakasına hiç rastlanmamıştır.
- S. 2 — Aynı akciğerde müteaddit kist mevcut ise nasıl bir tedavi düşü-
nürsünüz?
- C. 2 — Aynı akciğerde müteaddit kistler mevcut olduğu takdirde, bu
kistler komplike yani enfekte değilse; kabilse aynı seansta hep-
sine de reduction sans drainage yapılmalıdır. Şayet içlerinde ap-
sede olan varsa o kistin rezeksiyonla çıkarılması caizdir. Bizim 2
vakamızda unilateral çift kist aynı seansta çıkarılarak reduction
sans drainage yapılmıştır.
- S. 3 — Her iki akciğerde kist mevcut ise nasıl bir tedavi düşünürsünüz?
- C. 3 — Her iki akciğerde kist mevcut olduğu takdirde evvelâ daha bü-
yük olan taraftaki kiste müdahale edilmeli ve kabilse reduction
yapılmalıdır. Post - operatuvar şartlar müsait seyrettiği tak-
dirde birinci ameliyattan 3-4 ay sonra mukabil taraftaki kis-
tinde aynı şekilde bertaraf edilmesi icabeder. Bizim 3 vakamız-
da hidatik kist bilateral olarak tesbit edilmiş ve 3-4 aylık fa-
sılalarla her iki taraftaki kistlere reduction sans drainage ame-
liyesi muvaffakiyetle tatbik edilmiştir.
- S. 4 — Akciğer ile karaciğerde beraber varsa nasıl bir tedavi düşünür-
sünüz?
- C. 4 — Akciğer ve karaciğerde hidatik kist birlikte ve mücerret olarak
bulunuyorlarsa evvelâ akciğerdeki kist ameliyatla bertaraf edil-
meli; bilâhare şartlar müsaade ettiği takdirde en kısa zaman
içinde (tercihan birinci ameliyeden 3-4 ay sonra) karaciğer-
deki kist marsupyalize edilmelidir. Bizim iki vakamızda akci-
ğerde ve karaciğerde mevcut mücerret kistlerde; evvelâ akci-
ğerdeki kistler bilâhare 1 - 6 ay içinde de karaciğerde ki kist
bertaraf edilmiştir. Karaciğer hidatik kistlerinin akciğer veya
plevra ile ihtilâl ettikleri vakalarda durum tamamıyla farklı-
dır. Bizim iki vakamızdan 1 tanesinde karaciğer hidatik kisti
bronşa delinmiş ve tali olarak sağ alt lobda bir enfeksiyon tev-
lit etmiştir. Bu vakada sağ alt lobektomi yapılmış ve aynı se-
ansta karaciğer kisti marsupyalize edilmiştir. Diğer 1 vakada
karaciğer kisti plevraya perfore olmuş sekonder olarak bir am-

piyem tevliid etmiştir. Bu vakada ampiyem dekortikasyon ile
bertaraf edilmiş; aynı seansta karaciğer kisti marsupyalize edil-
miştir.

- S. 5 — Toraks duvarına yayılan akciğer hidatik kisti gördünüz mü?
- C. 5 — Bizim 86 vak'alık serimizde 2 vak'ada hidatik kistin akciğerden
tamamile ayrı olarak plevradan menşei aldığı müşahade edil-
miştir. Bu vak'alarda cerrahi müdahale basit olarak kistin eks-
tirpasyonundan ibarettir.
- S. 6 — Kisthidatik ile tüberküloz birlikte gördünüz mü?
- C. 6 — Kisthidatik ile birlikte faal akciğer tüberkülozu tarafımızdan
müşahade edilmiştir.
- S. 7 — Kist hidatik ile birlikte kanser gördünüz mü?
- C. 7 — Hayır.
- S. 8 — Cerahatlanmış kistler ile akciğer apseleri ve ampiyemleri ara-
sında cerrahi bakımdan bir fark olduğuna kanimisiniz?
- C. 8 — Prensip itibarile delinerek cerahatlanmış akciğer hidatik kistle-
ri akciğer apseleri arasında bir fark mevcut değildir. Tedavi ba-
kından her ikisinde rezeksiyonu icabettirirler. Pyogen akciğer
apselerinde medikal tedavi ile şifa şansı mevcut olduğu halde
delinmiş ve membranı içeride kalmış hidatik kist apselerinde cer-
rahi müdahale zaruridir. Hidatik kist apselerinde kisti açarak
membranı ve apseyi temizlemek yerine rezeksiyonla mihrakın
bertaraf edilmesi gayanı tercihtir. Esasen pyogen apselere
nisbetle daima daha hafif iltisakları mucip olan hidatik kist
apselerinde rezeksiyon teknik bakımından da daha kolay olmak-
tadır. Nitekim kist hidatik apsesi sebebiyle tarafımızdan rezek-
siyon yapılan 22 vak'adan hiç birinde mortalite ve kayda değer
ihtilâl müşahade edilmemiştir.
- S. 9 — Cerahatlı olmayan vak'alarda hangi tedavi metodunu tercih edi-
yorsunuz?
- C. 9 — Cerahatlı olmayan vak'alarda prensip itibarile reduction sans
drainage tercih edilmelidir. Ancak kist çok büyük olup bütün
bir lobu tahrip etmişse rezeksiyon müreccah metodudur. Nitekim
bizim 86 vak'alık serimizde 62 vak'a cerahatlanamamış kisttir.
Bunların 47 tanesinde reduction sans drainage 13 tanesinde de
kist çok büyük olduğu için rezeksiyon yapılmıştır.

Bu günkü anestezi ve cerrahi teknik imkânları dahilinde eskiden pek sık tatbik edilen marsupyalizasyon matodu akciğer hidatik kistlerinde mevkiini tamamiyle kaybetmiştir.

S. 10 — Ameliyat mortalitesi hakkındaki kanaatiniz?

C. 10 — Cerahatlanmış veya cerahatlenmemiş olsun akciğer hidatik kistlerinde reduction veya rezeksiyon metodları tabik edildiği takdirde cerrahi tedavi neticeleri daima müsbettir. Bizim 86 vak'amızdan yalnız 1 tanesi; modern anestezi metodlarının memleketimizde ilk defa tatbik edilmeğe başladığı devrede; had kalp yetersizliği ile muhtemelen anesteziye bağlı bir ihtilâl olarak ameliyat masasında vefat etmiştir. Mütebaki 85 vak'ada kayde değer hiç bir mühim ihtilâl husule gelmemiş ve hastalar en kısa süre içinde şifa ile taburcu edilmişlerdir.

Heybeliada, Uludağ ve Sürreypaşa İşçi Sigortaları sanatoryumlarında 1950 - 1958 senelerinde akciğer hidatik kisti sebebiyle yapılan müdahalelerden elde edilen neticeler aşağıdaki tabloda kısaca belirtilmiştir.

Akciğer Hidatik Kisti	Patlamamış kist	Patlamış Enfekte Kist	Ölüm	İhtilâl	Şifa
Reduction sans Drainage	47	—	1	—	46
Lobektomi	11	22	—	—	33
Segmentektomi	2	—	—	—	2
Ekstirpasyon	2	—	—	—	2
Decortication	—	1	—	—	1
Bronkoskopi	—	1	—	—	1
Marsupyalizasyon	—	—	—	—	—
Yekûn	62	24	1	—	85

S. 11 — Nüks veya tekrürlere rastgeldinizmi?

C. 11 — Akciğer hidatik kistleri prensip itibarıyla ünloküler olduğu için karaciğer hidatik kistlerinde olduğu gibi delinme veya ameliyattan mütevellit yayılma nüksleri müşahade edilmez nitekim bizim serimizde bu şekilde bir nüksle müracaat etmiş vak'a mevcut değildir. Nüks, ancak yeni enfeksiyon veya değişik yaşlardaki enfeksiyonlarda bahis mevzuu olabilir.

S. 12 — Başka teşhisle ameliyata gelen hidatik kist vak'aları çok gördünüz mü?

C. 12 — Akciğer hidatik kistlerinin bilhassa delinerek absede olmuş şekillerinde kesretle yanılma ihtimali mevcuttur. Bilhassa iyi anamnez vermeyen vak'alarda pyogen abse, hattâ bronchial Ca. ile karıştırmak kabildir. Patlamamış kistlerin periferik akciğer tümörleri ve tüberkülozlarla karıştırıldığı da vakidir. Ayırtıcı teşhiste serolojik testlerin (Casoni, Weinberg) bir değeri mevcut değildir. Ameliyatla teyid edilen bazı hidatik kist vak'alarında bu testler menfi olduğu halde, bazı bronş tümörü vak'alarında müsbet bulunduğu sık müşahade edilmiştir. Keza eosinofili de serolojik testler gibi ayırtıcı teşhiste bir fayda temin etmekten uzaktır. Ancak bazı periferik akciğer tümörü vakalarında sedimantasyonun süratli oluşu, hidatik kistleri akciğer tümörlerinden tefrik etmeğe hizmet edebilir.

S. 13 — Kist teşhisi ile gelen başka hastalıklara sık rastladınız mı?

C. 13 — Bilhassa bu yanılma patlamamış kist vak'alarında sık vuku bulmaktadır. Hidatik kist teşhisiyle ameliyata sevk edilen ve müdahalede periferik akciğer tümörü tesbit edilen vak'aların adedi oldukça çoktur.

S. 14 — Akciğer hidatik kistlerinin bronkoskopik metodla tedavisi kabil midir?

C. 14 — Prensip itibarıyla akciğer hidatik kistlerini bronkoskopik yolla patlatarak tedaviye kalkışmak kat'iyen caiz değildir. Burada sadece bronkoskopik metodla tedavi edilen ve bilahare tamamiyle şifa bulan bir akciğer hidatik kisti ihtilâta ait bir vaka'adan kısaca bahsetmek isterim.

Haydarpaşa Nümune hastahanesinde sol akciğer üst lobunda mevcut yafa portakalı cesametinde tümöral bir kesafet sebebiyle teşhis ve tedavide bulunan 25 yaşlarında genç bir gün ağzından öksürükle bol miktarda tuzlu su gelmiş ve müteakip

günlerde ateşi yükselmiş; yapılan radyografide sol üst lupta atelectasis tesbit edilmiş, kuvvetli antibiyotik tedavisine rağmen bir türlü ateşi düşmemiş, hastanın genel durumu tedricen bozulmağa başlamıştır. Hâdiseden bir ay sonra cerrahi tedavi için servisimize nakledilen hastanın yapılan radyografik kontrolünde sol akciğerde total atelectasis tesbit edilmiş ve patlamış hidatik kist membranının yollara düşüp bronş dallarını tıkayarak bu tabloya sebebiyet verdiği kanaatine varılmıştır. Pnömenotomiye icap ettiren bu durum karşısında cerrahi müdahaleye tevessül etmeden önce bronkoskopik olarak durumu tesbit etmek ve kabirle membranı temizlemek gayesiyle hastaya bronkoskopi yapılmıştır. Curare ve kemital anestezisi ile yapılan bronkoskopide: Larynx, trachea, carina ve sağ bronş dalları normal görülmüş; sol üst lobdan sol alt loba doğru heybe şeklinde sarıkan beyaz hidatik kist membranının bronş dallarını tıkadığı tesbit edilmiştir. Frijil hidatik kist membranı sabırla biopsi pensi ile parça parça kopartılarak tamamen temizlenmiş, bilâhare bronşlar aspire edilerek ifrazat bertaraf edilmiştir. Bronkoskopiyi müteakip yapılan radiografide atelectasis'in tamamıyla zail olduğu, sol üst lobda portakal cesametinde kistten bakiye bir boşluğun baki kaldığı müşahade edilmiştir. Müteakip kontrollerde bakiye kavitenin akciğerin normal ekspansiyonu ile tedricen küçüldüğü görülmüş, içinde membran bulunmayan kavite ameliyeden 1-1,5 ay sonra tamamen kapanarak hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

Bu vak'ada büyük bir şans eseri olarak bronş yollarına düşmüş olan hidatik kist membranı bronkoskopik yolla istisal edilebilmiş, içinde membranı olmayan kavite tedricen kapanmıştır. Tabiatile bronş lümeni büyük olan bazı ufak hidatik kist vak'alarında kistin patlayarak membranı dışarı atması ve spontan şifası ihtimal dahilindedir. Nadiren bu tarz şifaların vaki olabildiği düşünülebilir. Fakat pratik olarak böyle bir şifa tem'in etmek kasdile beklemek veya enstrümantal olarak provoke etmek kat'iyyen caiz değildir.

- S. 15 — Kanaatinizce bu problemi cerrahın bıçağı ile memleket çapında halletmek mümkün olacak mıdır?
- C. 15 — Memleketimizde akciğer hidatik kistleri ileri dünya memleketlerine nisbetle sık rastlanan bir hastalık olmasına rağmen; sayıları cerrahi bakımdan yapılacak mesai ile kabili nisbet olmayacak kadar azdır. Meselâ bu gün memleketimizde kabil ol-

sa bütün tüberküloz vak'alarını sadece cerrahi olarak tedavi etmeğe imkân bulunmadığı halde; esasen tedavisi sadece cerrahi olan akciğer hidatik kist vak'alarını bu günkü cerrahi imkânlar sayesinde tamamıyla müsbet bir şekilde halletmek şüphesiz kabildir. Bununla beraber bu muvaffakiyet hastalığın kontaminasyonunu önleyici tedbirlerin alınmasına bir engel teşkil etmemelidir.

Dr. Karasu : Aziz arkadaşım Operatör Siyami Ersek'in kıymetli mütalâalarına teşekkür ederim.

Operatör arkadaşlarımız genel olarak mücadelenin kendi yönlerinden hal edilebileceğine inanmadıklarını itiraf etmekle beraber mortalite bahsinde galiba bizi korkutmamak için hafif geçtiler. (Gülüşmeler) Müsadenizle bu suali Patolog arkadaşımıza soracağım. Dr. Muharrem Köksal arkadaşım cerrahi vak'aların sonradan kendilerine çok intikal edip etmediği hakkında bizi tenvir buyursunlar.

Dr. Muharrem Köksal : Cerrahi müdahaleden sonra otopsiye gelen vak'alar nadirdir, kanaatındayım.

Dr. Karasu : Başka sual tevcih buyurmak isteyen arkadaşım varmıdır? bulunmadığına göre mevzuu hülâsa ediyorum.

Panelimizin muhterem azasının noktai nazarlarına ve münakaşaya iştirâk buyuran meslektaşlarımızın mütalâalarından şu neticeler çıkarılmaktadır.

Kishidatik problemi memleketimiz için yalnız sıhhi değil aynı zamanda iktisadî bir meseledir. Bu arada akciğer kist hidatığı memleketimizde oldukça çoktur. Bilhassa sığır ve koyunlarımızda hastalık nisbeti çok yüksektir. Köpeklerimizde Tenya durumu ihmal edilemeyecek kadar çoktur.

Hastalık mücadelesinin esasî köpeklerimizin kontrolüne dayanmaktadır. Akciğer Kist Hidatığının bazan teşhisi müşkül olmaktadır. Hâlen lâboratuvarın yardımı az olduğu gibi radyolojik muayenelerde ihtilâtlar veya kistin mevkii ve şekli sebebiyle her zaman faydalı olmamaktadır. Cerrah arkadaşlarımız problemin kendilerine intikaline lüzum kalmadan prevantif yoldan önlenmesini temenni etmekle beraber pıçaklarına güvindiklerini de ifade etmişlerdir.

Tekrar Panele iştirâk buyuran arkadaşlarıma ve auditoriuma teşekkürlerimi sunarım.

Kist Hidatik panelimiz bitmiştir. (Alkışlar)

Celse Konusu : Serbest Tebliğler

ONBEŞİNCİ CELSE

Celse Başkanları : Dr. Cavit SÖKMEN

Dr. Selâhattin AKKAYNAK

Celse Kâtipleri : Dr. Beyhan KILIÇÇÖTE

Dr. İnci DOĞRU

TÜBERKÜLOZ MÜCADELESİNDE BCG nin YERİ ve MEMLEKETİMİZDEKİ BCG TATBİKATI HAKKINDA

Doç Dr. Ragıp ÜNER (*) — Dr. A. Hilmi GÜRSER (**)

Calmette ve Guérin'in keşfettikleri BCG nin ilk defa Weil-Hallé tarafından 1921 senesinde insanlara tatbik edildiği malumdur. Bu ilk tatbikattan bugüne kadar BCG hakkında yapılan kritikler aşının zararsızlığı ve faydalı bir aşı olduğu kanaatine vasıl olmuş bulunmaktadır. Tüberküloza karşı mücadele bütün dünyada devam etmektedir. Muvaffakiyete vasıl olmak için kullanılan vasıtalar çoktur. Hastaların depistaj, izolasyon ve antibakteriyellerle tedavileri mücadelenin temelini teşkil etmektedir. Henüz tüberküloz intanıyla karşılaşmamış fertlerin prémunition'u ise mücadelenin diğer bir vechesini temsil eder. Bu da BCG ile temin edilmektedir.

BCG li ve BCG siz guruplardaki tüberküloz morbidite ve mortalitesinin seneler boyunca takibi BCG nin koruyucu kıymetini ortaya koyan mükemmel bir usuldür. Şimdiye kadar BCG nin koruyucu tesirinin araştırılması için bu şekilde mukayeseli olarak bir çok çalışmalar yapılmıştır. Aronson'un 1935 - 1952 seneleri arasında 17 senelik bir takiple; BCG li guruplardaki tüberküloz morbidite mortalitesi hakkındaki etü-

(*) Ankara Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniği Doçenti.

(**) Ankara Veremle Savaş Derneği 2 No. lu Disp. Tbb.

dünden; aşısızlarda aşılılardan 5 misli daha morbidite olduğunu görüyoruz. Memleketimizde bu şekilde bir etüd henüz yapılmamıştır. Yapılmasını temenni etmekteyiz.

UNICEF'in istatistiklerine göre 1957 yılına kadar dünyada 58 milyon şahıs BCG ile aşılanmıştır. Tüberküliniz BCG tatbik edilen Kuzey Afrika, Habeshistan ve bazı Asya Memleketlerindeki -Çin gibi- kitlevi tatbikat sayısının 200 milyon civarında olduğu ifade edilmektedir. Memleketimizde 1958 temmuz ayına kadar 7.133.153 şahsa BCG yapılmıştır. 1953 senesindenberi UNICEF'in mali yardımı ile bugün bütün Türkiye tüberkülin ile taranmış ve tüberkülin menfilerin kısmı küllisine BCG yapılmıştır. Memleketimizde BCG tatbikatına ve 1927 de ağız yolu ile başlanmış; fakat 1947 ye kadar bu tatbikat çok batı devam etmiştir. 1947 den itibaren Sağlık Vekâleti, bütün Doğum evlerine yaptığı bir tamimle, istek karşılığında BCB gönderilebileceğini bildirmiş ise de bu teşebbüs gerektiği kadar alâka görmemiş ve ancak Ankara Doğumevi gibi bir iki sağlık Müessesemiz ağızdan BCG tatbikatını ciddi bir problem olarak benimsemişlerdir. 1947 - 1954 arasında Memleketimizde ağızdan tatbik edilen BCG miktarı (10 - 20) bin civarında olmuştur. 1953 ten itibaren UNICEF'in yardımı ile Memleket ölgüsünde tatbikat başlamış olup, BCG nin Türkiye'deki tatbikatında başlangıçtan beri azimle çalışan Muhterem Niyazi Erzin'i burada zikretmek bir vazifedir. UNICEF'in yardımı ile yapılan tatbikat neticelerini yukarda arzemiş bulunuyoruz.

Muhterem Hocamız Prof. KARASU'nun kanâtine göre; bir bölgede, yalnız kâfi sayıda yatakla, yalnız kâfi sayıda Dispanserle ve YALNIZ SİSTEMLİ BİR BCG ile tüberküloz savaşı kazanılabilir. Bugün memleketimizde asgari 30.000 yatağa ve 500 dispansere ihtiyacımız vardır. Ve bu ihtiyaçların karşılanması bugün için imkânsızdır. Elimizde üçüncü mücadele vasıtası olarak SİSTEMLİ BCG kalmaktadır. Bu tebliğimizin gayesi; sistemli BCG tatbikatı hakkındaki kanaatimizi ifade etmektir.

1 — BCG nin koruyucu kıymeti hakkındaki kanaati bütün memlekete yerleştirmek. Bugün memleketimizde mâalesef bazı hekimler dahi BCG ye muhalefet etmektedirler. Bu yersiz muhalefeti silmek lâzımdır. Bunun için bir fikir olarak; öğretmenlerin ve dinî memurların BCG nin faydasına kalben inandırılmaları ve kitleye bu şekilde propaganda yapılması söylenilebilir.

2 — Memleketimiz; 1953 - 1958 arasındaki BCG kampanyası ile bir defa tüberkülin ile taranmış ve menfilere BCG yapılmıştır. Acaba; bu 5 sene zarfında genel olarak tüberküloz morbidite ve mortalitesindeki

durum; tatbikattan evvelki senelere nazaran ve merkezdedir? Bunu bilmek ihtiyacındayız. BCG yapılanlarla aşılanmayı kabul etmeyenler arasındaki morbidite ve mortalitenin mukayeseli olarak araştırılması lüzumuna yukarda işaret etmiştik. BCG den sonra; bütün Türkiye'deki viraj teessüsü nispetini de bilmiyoruz. Bu bakımdan; aşılananların her sene allerjik cilt testleri -tüberkülin- ile ve radyolojik olarak kontrol edilmeleri; nazarı olarak ideal bir keyfiyettir. Aşılananlara birer fiş verilmesi veya nüfus tezkirelerine işaret yapılması, ilerde tesis edilebilecek bir arşiv sisteminin esası olabilir.

3 — Bir defa kampanya halinde bütün memleket tarandıktan sonra; kanaatimizce bundan sonraki tatbikatı; seyyar ekiplerle değil de; bir bölgede yerleşecek daimi ekiplerle yapmak daha uygun olacaktır. Bir fikir olarak; Memleketi 10 tatbikat bölgesine ayırarak her bölgede 5 ekip ikame etmek suretiyle bir tatbik sistemi tesis edilebilir.

4 — Tatbikatla propaganda beraber yürütülmeli ve halk BCG nin koruyucu kıymetini şuurlu bir şekilde (meselâ çiçek, tifo ve difteri aşlarına inandığı gibi) anlamalı ve görmelidir.

5 — BCG tatbikatının şimdilik Memleketimiz için kanuni mecburiyet haline getirilmesinin faydasına inanmaktayız.

HÜLÂSA :

BCG nin tüberküloz mücadelesindeki yeri ve Memleketimizdeki SİSTEMLİ BCG tatbikatı hakkındaki kanaatlarımız ifade edilmiştir.

LİTERATÜR

ERİN, N.

- 1 — Türkiye'de BCG kampanyası faaliyeti hakkında Türk İjyen ve Tec. Bly. Derg; C 15, sayı 1, Sh 96—101.
- 2 — BCG ile aşılama (pratik el kitabı) : R. MANDE., Refik Saydam Merkez Hıfızısıha Enst. Yayınları no 20. Ankara 1956.
- 3 — 1955 ve 1956 seneleri Türkiye BCG kampanyası faaliyeti: N. ERZİN. Türk İjyen ve tect. Bly. Derg. CXVII, sayı I—II Sh 106—112.
- 4 — ERZİN, N.
Türkiyede BCG kampanyası faaliyeti hakkında II. Türk Tüb. Kongr. tebliği.
- 5 — Tüberküloza karşı koruyucu BCG aşısının prensip ve neticeleri: Heimbeek, J.
Türk İjyen ve tect. Bly. Derg. C 9, S 3, Sh : 1—14.

6 — KARASU, N.

1957 — 58 ders notları.

7 — Türkiye BCG kampanyası İstatistiği. (Dr. N. Acan'dan alınmıştır).

8 — ÖZLUARDA, D.

Türkiye BCG kampanyasında aşılama sonrası husule gelen lokal reaksiyonlar ve allerji virajı.

9 — WNO/UNICEF Vaccination programme, October 1957, sayısı.

Copenhagen, 8 January 1958.

—oOo—

AGIZ YOLU İLE B.C.G. TATBİKATINDAN ALINAN NETİCELER

Dr. Behzad K. YEGEN

Bu yazı Arlindo de Assis'in ağız yolu ile B.C.G. tatbikatından ve kıymetli meslektaş ve arkadaşım Dr. Hüseyin Dedebaş'ın yazmış olduğu yazıdan mülhem olarak kaleme almıştır. Bu metoda esas teşkil eden cihet de literatürde belirtilen şu kanaattir :—

«Allerjinin derecesi immüniteyi göstermekten uzak olduğu gibi bazen de allerji faydalı olmaktan ziyade de zararlıdır.» (Calmette, Rich, ve arkadaşları, Schwabacher ve Wilson, Tothschild ve arkadaşları, Willis, Wells ve Brooks, Birkhaug, Corper v.s., ve Cohn.).

Arlindo de Assis metodu ile B.C.G. aşısı tatbikatı bu müşahedeyi teyid etmektedir. Bu metodla tüberküloza karşı yüksek derecede immünite sağlanırken aynı zamanda allerji tezahüründe düşüklük ve kaybolma görülmektedir.

Malûm olduğu gibi «concurrent» usulle, veyahutta Arlindo de Assis metodu ile B.C.G. tatbikatında şahıslara ağız yoluyla ve her ay ve her seferinde 100 mgr. lik antijen verilmektedir. Filvaki bunun muaddel usulleri de (aralıklarda ve miktarlarda değişiklikler yapılmak suretiyle) kullanılmış ise de ben ilk usule sadık kaldım. İşe başlarken de yalnız tüberkülin testleri menfi olanlarla başlamayıp, bu testlere tecrübe-

nin başında müspet cevap verenlere de B.C.G. vererek allerjinin tetkik ettim. Elde ettiğim neticeler şöylece hülâsa edilebilir:— Çalıştığım çocuk yuvasının mevcudu 249 olmakla beraber bunların bir kısmı daha bidayette yuvadan ayrılmışlar, diğerlerinin de bir kısmı tetkiklere muntazaman gelemediklerinden etüdümüzün sonuna kadar ancak 130 çocukla çıkabildik. Bunlar üzerinde altı defa yapılan aşı tatbikatından sonra aşağıda gösterildiği gibi netice aldık:—

I. Aşı	II. Aşı	III. Aşı	IV. Aşı	V. Aşı	VI. Aşı	dan sonra
4 O		4 de O	24 de O	15 de O	20 de O	% 48
		5 de A.	3 de A.	4 de A.	10 da A	% 18
						% 66

(Şurada şu noktayı tebarüz ettirmek yerinde olur kanaatindeyim. Üzerinde bu tatbikatı yapabildiğim çocuklar Yuva çocukları olup yaşları 2 - 5 arasında tahavvül etmektedir. Alınan neticelerde bu yaş gurupunun özelliklerinin de tesir edebileceği düşünülebilir.)

Alınan neticeler Arlindo de Assis'in ve diğer müelliflerin tespit ettikleri gibi intradermik yollarla alınanlara kadar çıkmamakla beraber, yine de şayanı memnuniyettir. Bu çalışmayı yaparken her seferinde 100 mgr. B.C.G. verip, her seferinde de tüberkülin testi ile kontrollerini yaptım.

Bu tecrübeyi yapmağa beni sevk ve teşvik eden amillere gelince şöyle hülâsa edilebilirler :

a) Intradermik olarak tatbikattan sonra husule gelen ve küçümsemediyecek miktarda olup bunların arasında da bulunabilen mayup nedbeler.

b) Aşıdan kaçınma ve iğne lâkırdsının çocuklar arasında tevliid ettiği korkuyu bertaraf etmek ve son olarak ta,

c) Yeni bir Lübeck hâdiseni önlemek. Filvaki şimdiki aşılarımızın safiyeti böyle bir şeyi düşünmeği pek uzak bir ihtimal haline getirmişse de akla gelebileceğinden, ve ağız yoluyla böyle bir tehlikenin mevzuubahis olamayacağından bu noktanın da tabarüz ettirilmesinden kaçınmadım. Bu vesile ile Ankara Hıfzıssıhha Enstitüsüne ve onun başında bizim ihtiyaçlarımızı karşılamak için bol miktarlarda ve muntazaman

aşıların gönderilmesine müsaade edip lütuflarını esirgemeyen sayın meslektaş ve büyüğümüz Dr. Niyazi Erzin Ef. ye teşekkürlerimizi sunma-
ğı bir vazife addederim.

Gerek elde edilen testlerdeki neticelerde ve gerekse hiç bir kötü reaksiyona rastlanmaması ve morbidite görülmemesi hususundaki müşahedelerim Arlindo de Assis'in bulgularına uyduğundan bu yazıyı takdim etmeği muvafık gördüm. Filvaki benim materiyelim azdır ve ancak bir sene gibi kısa bir zaman geçmiştir. Tecrübeye tâbi, tutulanların bundan sonra da takipleri imkânları aranacak her hangi yeni bir belirtiye rastlandığı takdirde bu hususta da malûmatvermeğe çalışılacaktır. Arzettiğim gibi bu müddet zarfında çocuklarda hiç kötü reaksiyona rastlanmadığı gibi kendilerinin de en ufak bir şikâyetleri olmamıştır.

—oOo—

ARLINDO DE ASSIS METODU İLE B.C.G. AŞISI ve ALERJİ

Dr. Hüseyin DEDEBAŞ [*]

III. Türk tüberküloz kongresinde, De Assis metodu ile ağız yolu B. C.G. hakkında genel bilgileri, Grezilyada alınan mükemmel sonuçları ve 63 vak'a üzerinde bizim aldığımız neticeleri tebliğ etmiştik.

O travayımızda «tüberküloza karşı en mükemmel muafiyet allerjisinin kayıp olması ile başlar» prensibini esas ittihaz ederek De Assis me-

todundaki antijen dozuna sadık kalmadan allerjinin kayıp olmasını temine çalışmıştık.

Bu sefer doz bakımından metoda tamamen sadık kaldık. Vak'a adedimizi daha geniş tuttuk ve nihayet ağız yolu ile verilen büyük dozda B.C.G. antijeninin allerji kurbu üzerinde ne gibi tesirler yaptığını araştırdık.

Aşığı muhitimizde bulunan ilk okullardan birinin öğrencilerine tatbik ettik. Çocukların yaşları 6 ile 15 arasında idi. B.C.G. tatbik etmezden önce bütün öğrencilere 5 UT. lik Mantoux ile allerji kontrolü yapılarak 247 öğrencide neticeyi menfi bulduk. Bu 247 öğrenciye her ay ağız yolu ile 100 mgr. lik B.C.G. antijeni verdik, ve buna 6 ay devam ettik. 8., 20. haftalar ve 12. ay sonunda gene 5 UT. lik Mantoux ile aşı kontrolü yaptık. Alınan neticeler aşağıdaki çizelgede gösterilmiştir. Bu çizelge tetkike geçmezden evvel sunu ehemmiyetle bildirelimki, 247 vak'anın yalnız 21 inde desansibilizasyon elde edilmiştir. Yani ilk verilen B.C.G. antijeni ile allerji temin edilmiş, sonra antijene devam edilerek allerjinin kayıp olduğu görülmüştür. Bütün bu öğrenciler her allerji kontrolüne geldiklerinde (dört defa) radyolojik tetkike tabi tutulmuş ve her defasında bütün öğrenciler sağlam bulunmuşlardır.

(1) 5 UT. Mantoux ile aşı kontrolü			
Zaman	Vak'a adedi	Kontrol edilmeyen	Testi (+) olanlar ve yüzdesi
8. hafta sonunda	247	35	39 (18,4 %)
20. hafta sonunda	247	20	46 (20,2 %)
12. ay sonunda	247	198	62 (56,9 %)

[*] IVSD Şişli Verem Dispanseri Başhekimisi

(2) Testi (+) olanların ünite ile tasnifi			
Zaman	5 - 6 mm.	7 - 8 mm.	10 mm. den büyük olanlar
8. hafta sonunda	23	12	4
20. hafta sonunda	33	10	3
12. ay sonunda	22	10	30

Yukarıdaki birinci çizelgenin tetkikinden anlaşılabileceği veçhile De Assis metodu ile B.C.G. nin 8. ve 20. haftalar sonunda meydana getirdiği allerji çok düşüktür. Buna mukabil bir sene sonra yapılan kontrol, ilk yapılanlara nisbetle daha yüksek allerji kurbu göstermiştir. 2. Çizelgenin tetkiki de 1. ye muvazi olarak husule gelen allerjinin ünite olarak düşük rakamlar verdiğini göstermektedir.

De Assis metodunun deri içi B.C.G. ye nazaran daha düşük allerji kurbu gösterdiği esasen bilinmektedir. Nitekim bizzat De Assis'in bildirdiğine göre, yeni doğan çocuklara ikişer gün ara ile üç defa ve her defasında 10 mgr. verilen ağız yolu B. C. G. 66 - 89 %, bir defa verilen 100 mgr. B.C.G. tıpkı deri içi yolu kadar 90 - 91 % allerji gösterdiği halde konkürant usulle B.C.G. de bu nisbet yalnız 35, 29 % dir.

Rosemberg, Aun ve Macarron ağız yolu B.C.G. nin ne gibi bir allerji kurbu göstereceğini tetkik maksadı ile 1524 çocuğa 5 ayrı metodu B.C.G. antijeni vermişler ve 10 UT. tüberkülin ile 4. haftadan itibaren üç sene müddetle muntazam aralıklara kontroller yapmışlardır. Bu çalışmalar neticesinde görmüşlerdir ki konkürant metodu elde edilen allerji kurbu bir defada verilen 100 mgr. lık antijenin tevhit ettiği allerji kurbuna nazaran çok daha düşüktür. De Assis metodu ile B. C.G. de en fazla allerji 4. haftanın sonunda 55,88 % olarak bulunmuş, daha sonraki kontrollarda bu nisbet yavaş yavaş düşerek 3. senenin sonunda 3,45 % olarak görülmüştür. Aynı müellifler 189 yeni doğmuş ve ailelerinde tüberküloz olan çocuğu konkürant metodu aşılamışlar, allerji kurbu bakımından iki gurup arasında herhangi bir fark görmemişlerdir.

Bizim çalışmamız Brezilyadaki çalışmaya nazaran :

1 — Başlangıçta daha düşük allerji kurbu göstermek.

2 — Asıl, bir sene sonra yapılan kontrollarda allerji kurbunun düşeceği yerde yükselmesi ile ayrılmaktadır.

Başlangıçta allerji kurbunun daha düşük olmasını belki onların 10 UT Mantoux kullanılmasına mukabil bizim 5 UT. kullanmamızla izah edebiliriz; fakat bizim bir sene sonra yaptığımız kontrolda allerji kurbunun 8. ve 20. haftalardaki kontrollara nazaran daha yüksek bulunmasını izah güçtür. Bu çocukların bir sene içinde tabii aşılannmalarını yani muhitlerden aldıkları virülen basillerle enfekte olduklarını kabul edemeyiz. Zira Rosemberg arkadaşlarının 18 enfekte muhitte büyüyen çocukların gene muhitleri enfekte olmıyanlara nazaran allerji bir değişiklik göstermediğini yukarıda bildirmiştik. Sonra bizim radyolojik tetkiklerimizde, hiçbir çocuğun tüberküloz enfeksiyonuna ait radyolojik bir imaj vermemesi bu görüşü teyid eder mahiyettedir. Eğer muhakkak bir izah tarzı aranacaksa, N. Erzinin gayet güzel hülâsa ettiği şu pragraflı aynen almakla yetineceğim: «B.C.G. nin aşılama şekillerine göre bu viraj nisbeti değişmekte olduğu gibi, aynı metodu çalışan muhtelif memleketlerin istatistikleri de birbirini tutmamaktadır. Bunda yukarıda bahis ettiğimiz gibi, aşı süsunum pasaj usulleri aşının hazırlanması, muhafazası, kullanma müddeti, sevki ve tatbik tekniği gibi her muamelenin mühim ve ayrı bir rolü vardır.»

ÖZET :

İ.V.S.D. Şişli Verem Dispanserinde tüberkülin testi menfi olan 247 ilk okul öğrencisine De Assis metodu ile B.C.G. tatbik edilerek 8., 20. haftalar ve 12. ay sonunda Mantoux ile aşı kontrolü yapılmıştır. 8. hafta sonunda 18,4 %, 20. hafta sonunda 20,2 %, ve 12. ay sonunda ise 56,9 %, tüberkülin testi müsbet bulunmuştur.

Bu 247 öğrencinin her allerji kontroluna geldiklerinde (dört defa) radyolojik tetkiki yapılmış ve her defasında hepsi sağlam bulunmuştur.

LİTERATÜR

- 1 — De Assis. A.
XI. Conférence de l'union internationale contre la tuberculose.
- 2 — Bernard. E. ve arkadaşları
Revue de la tuberculose 1954, 661.
- 3 — Dedeoğlu. H.
III. Türk Tüberküloz Kongresi.

- 4 — Erzín. N.
Türk Hijyen ve Tecrübi Biyoloji dergisi 1953. Sayı 2.
- 5 — Gernez - Rieux, Ch. ve arkadaşları
La semaine des Hopitaux 1955.
- 6 — Griesbach. R.
La vaccination par le B.C.G. 1954, 99 ve 169.
- 7 — Kraus. E. et Dvorak, J.
La presse medicale 1954 1680.
- 8 — Saenz. A. ve arkadaşları
Bilan international de la tuberculose 1954 63.

—oOo—

B.C.G. AŞISI KOMPLİKASYONLARI VE TEDAVİSİ HAKKINDA BİR MÜTALAA VE BİRKAÇ VAKA

Dr. Selâhattin Yazıcıoğlu [*]

Bu yıl Diyarbakır merkezinde Sıhhat Vekâleti ile Dünya Sağlık Teşkilâtının müştereken kampanya şeklindeki B.C.G. tatbikatından sonra koltukaltı öncidar ganglionunda adenopati, adenit süpüre, adenit fistülize vakaları ile akciğerde selim seyirli bir infiltrasyon vakası müşahade edilmiştir. Bunlar sadece bana müracaât eden vakalar olup her hangi bir istatistik verecek mahiyette değildir. Taze veya kuru B.C.G. aşısı tatbikatı sonucu en ileri Avrupa memleketlerinde dahi % 0,15 - % 0,3 nisbetinde adenit süpüre görülmektedir. Bugüne kadar deri yoluyla hiç adenit süpüre husule getirmeyen bir aşı şekli bulunamamıştır.

Ayaktan tedavisine imkân bulduğum 17 vakanın seyir ve tedavileri hakkındaki müşahedelerimi arzetmeden önce bu mevzu ile ilgili bazı etütlerden bahsetmek yerinde olur.

Jensen, Ström, Rudbek, Arkhipova ve arkadaşları virulansı en fazla olan H37 Rv tipi ile daha az virulan basillerin ve avirulan B.C.G. jermine, tecrübe hayvanlarında deri içine zerkinden itibaren 30 dakika zarfında aşı yerinden peyk ganglionlara ve oradan bütün organiz-

maya yayıldıklarını «Atome Merqués' lenmiş basillerin organizmadaki radyoaktivitelerini tetkik etmek suretiyle göstermişlerdir. B.C.G. jermine diğer nesicilere nazaran aşı mahallinde ve peyk ganglionda çok daha fazla miktarda akümüle olmaktadır. Aşı mahallinden itibaren başlayan bu intişar Koch basillerine nazaran B.C.G. de daha sessiz seyretmektedir. (2)

R. Mande ve arkadaşları 6 adenit süpüre vakasında ponksiyonla tahliyeden sonra yerine hydrocortisone enjekte ederek 4 vakada çok iyi, bir vakada iyi, diğer vakada orta derecede iyi netice almışlardır. (3)

Bernstein ve arkadaşları kobayları aşılayarak tüberküline hassas kıldıktan sonra tedricen artırılan tüberkülin zerkleri ile allerjiyi kaybettirmiş fakat buna rağmen muafiyetin devam ettiğini göstermişlerdir. Ve yine ASSIS usulu B.C.G. aşısı tatbikatı göstermiştir ki: organizmada önce allerji teessüs ediyor, aşılama devam ettirilirse zamanla allerjinin azalmasına karşılık premunition fazlalıyor.

Şimdi cilt içine yapılan B.C.G. aşısının nasıl bir seyir takip edeceğini inceleyelim: Deri içine 1/10 mgr. canlı B.C.G. jermi zerkedildikten az bir zaman sonra en yakın peyk ganglionu atlıyor, oradan bir kısım jermeler bütün organizmaya da yayılıyor. Zamanla tüberküline karşı bir allerji husule geliyor. Aşıdan 1,5 - 2 ay sonra eğer, organizmada kuvvetli bir allerji teessüs etmiş ve peyk ganglionda fazla B. C. G. jermi ve fazla tüberkülin mevcut ise, gangliondaki allerjik zemin üzerinde, bir adenit süpürenim husule gelmesi beklenebilir. Yine aynı şekilde akciğerlerde de tüberküline karşı allerjik infiltrasyonlar görülebilir. Aşı mahallindeki ufak soğuk apsenin ve süpüre ganglionun tüberkülin muhtevası zamanla allerjinin azalıp premunition'un fazlalmasına sebep olduğundan haftalar veya aylar sonra B.C.G. adenitinin spontan şifası müşahade edilmektedir. Bununla beraber işi oluruna bırakmayıp hasta sahibini, çocuğuna aşı yaptırmadan duyduğu nedamet ve üzüntüden bir an önce kurtarmak ve bilhassa bu aşı reaksiyonunun hakiki tüberküloz hastalığı ile hiç bir ilgisi bulunmadığına kendisini iyice inandırmak tedavi eden tabibin başlıca vazifesi olmalıdır.

Bir birine benzer vakaları gruplar halinde takdim ediyorum.

I. grup 8 vaka: Yaşları 8 ay - 6 yaş arasındadır. Ateşleri yoktur, umumi halleri iyidir. Aşı tatbikinden 1,5 - 2 ay sonra koltuk altı öncidarında ganglion hipertrofisi olmuştur. Sert ve hareketlidir, yumuşama göstermiyor. Omuzdaki aşı yeri nedbeleşmiştir. Bunlara muhafazakâr bir tedavi (C vit, D vit ve calcium yapıldı. 20 - 60 gün arasında tamamen şifa buldular.

[*] Diyarbakır Numune Hastahanesi Göğüs Hast. Pavyonu Şefi.

II. Gurup vaka: Yaşları 1 - 2 arasındadır, ateşleri yoktur, umumi halleri iyidir. Aşı tatbikinden 1,5 - 2 ay sonra aşı mahallinde ufak soğuk apse, peyk ganglionda şişlik, kızarıklık ve flüktüasyon tesbit ediliyor. Bunlara ağızdan İNH ve vitaminler verildi. Aşı mahallindeki ufak apseye iki günde bir değiştirilmek üzere hydrocortison'lu pomat tatbik edildi. Ganglionu haftada bir ponksiyon yapılarak cerahat tahliyesi ve içine 25 mgr. hydrocortisone mahlülü zerkedildi. 3 vaka, muntazaman tedaviye devam edip 3-4 üncü zerkten sonra ganglionun küçülerek selâha doğru gittiği müşahade edildi ve 1-2 ay sonra tamamen nedbeleştiği görüldü. 4 üncü vakanın koltuk altı ve süpraklaviküler olmak üzere iki yerde adenit süpüresi ve aşı mahallinde de soğuk apsesi mevcuttu. Birinci tahliye ve hydrocortisone zerkini müteakip ganglionlarda ileri derecede küçülme ve selâh tesbit edildiğinden müteakip tedaviye gelmiyerek civar bir vilâyete sayfiyeye gitmişlerdir. 2 ay sonra tekrar müracaatında her iki ganglion fistülize bulunduğundan bunlara da hydrocortisone pomadı tatbik edilerek 2 ayda nedbeleştikleri görüldü. Bu gurup vakalarda aşı mahallindeki ufak soğuk apsenin drenajının dışarıya temin edildiği hallerde gangliondaki küçülmenin süratli olduğu, apsenin kapalı olarak bulunduğu hallerde ise peyk ganglionun büyümeye başladığı ve süpürasyonun devam ettiği görülmektedir.

III. Gurup 4 vaka: Yaşları 1 - 3 arasındadır. Umumi halleri iyidir. Aşı tatbikinden 1, 5-2 ay sonra koltuk altı bezi şişerek fistülize olmuştur. Aynı zamanda aşı mahallinde ufak soğuk apsesi mevcuttur. Gerek aşı yerine gerekse fistülize ganglionu lokal olarak hydrocortisone pomadı tatbik edilerek ağızdan İNH ve vitaminler verildi. 3 vaka 1,5 ay zarfında tamamen nedbeleşti, dördüncüsü ise hâlen selâh vaziyetinde olup kati neticesi alınmadı.

IV. Guruptaki vaka 10 yaşında bir kız çocuğudur. Aşı tatbikini müteakip iki ay sonra öksürük, subfebril ateş ve kırgınlıkla hastalanmış, öskültasyon arazi alınmıyor. Radyografide: Solda kalp zirvesi hizasında infiltrasyon tesbit edildi. Fievr 36,5 - 37,5 derece arası, sedimantasyon 1. saat sonunda 8 mm. hastaya İNH, C vit, D vit, calcium verildi. Bir ay sonra klinik şifa husule gelerek yapılan infiltrasyonun kaybolduğu görüldü.

17 vakadan 6 sma akciğer grafisi yaptırıldı, infiltrasyon diye takdim edilen son vaka hariç diğerlerinde akciğerlerde hiç bir patolojik bulgu tesbit edilemedi. 3 vakanın muhtevasında B.C.G' basili ve adi mikrop-lar bakteriyoloji mütehassısına arattırıldı. İkisinde hiç bir ajana tesadüf edilmemiş, birinde bütün sahalar tarandıkta yalnız 3 tane aside ve alkole resistans basil görülmüştür.

NETİCE :

B.C.G. tatbikatı sonucu bazı bünyelerde allerjinin en yüksek olduğu bir zamanda: aşı mahallinde, peyk ganglionu veya rielerinde tüberkülin allerjisinin tevhit ettiği toksik iltihabi reaksiyonlar husule gelmektedir. Bu hâdiselerin hakiki tüberküloz enfeksiyonu ile hiç bir ilgisi olmayıp sadece selim seyirli aşı reaksiyonlarıdır. Aşı yerindeki soğuk apsenin ve peyk gangliondaki süpürasyonun uzunca devam etmesi neticesi organizmada zamanla allerji azalıp premunition fazlalaşacağından spontan şifanın bir müddet sonra husule gelmesi beklenmelidir.

Adenit süpüre ile aşı mahallindeki ufak soğuk apse aynı derecede ehemmiyetle ele alınıp tedavi edilmelidir. Zira bütün vakalarımızda koltuk altı adenit süpüresinin aşı mahallindeki soğuk apse ile beraber bulunduğunu, bunun aksi olarak aşı yerinin tamamen nedbeleştiği hallerde ise peyk gangliondaki süpürasyonun da daima selâha gittiğini müşahade ettik.

B.C.G. basillerinin virulansı olmadığından, antibiyotiklere karşı resistans teşekkülü de bahis mevzuu değildir. Bu bakımdan B.C.G. ihtilâtlarında çifte antibiyotik kullanılması tamamen lüzumsuzdur. Buradaki tedavi maksadı: uzun sürecek olan, spontan şifa zamanını kısaltmaktan ibarettir. Flüktüasyon ve fistülasyon göstermeyen bir B.C.G. adenitinde geçitli vitaminler ve calcium çocuğun bünyesini takviye etmek kısa zamanda şifaya götürür. Akciğer infiltrasyonlarında, süpüre ve fistülize adenitlerde takviye tedavisi yanında 3 - 5 hafta müddetle diffüzibilitesi fazla olan İNH da kullanılmalıdır. Fistülize olması muhtemel bulunan flüktuan adenitlere haftada bir yukardan ponksiyon yapılarak tahliyesi ve içine hydrocortisone zerki ve fistülize adenitlerle aşı mahallindeki ufak soğuk apseye hydrocortisone'lu pomat tatbiki uygundur. Bu vakalarda hydrocortisone'un lokal allerjiyi kırmış olmasından iyi neticeler elde edildi.

Resumé.

Après la vaccination du B.C.G. dans la domaine du Diyarbakır on a constaté sur les plusieurs malades, dans l'aisselle et à coté de l'aisselle, de l'adenite, l'adenite fluctuée, l'adenite fistulisée et l'infiltration pulmonaire. Celles-ci se manifestes dans un et demi eu deux mois après la vaccination du B.C.G. que cette date réciproque la positivité du virage tuberculunique.

L'avis sur ces maladie n'ont pas relation avec la tuberculose vraie, elles n'appartient que la toxicité et l'allergie de la tuberculine et ses alleruse toujours benines.

J'ai prix de ben résultats avec le traitement local de l'hydrocortisone sur ces cas.

LİTERATÜR

- 1 — T. İsmail Gökçe : Tüberküloz allerjisi ve muafiyet, Medike Sosyal İb., Kon. 1951.
- 2 — Arkhipova et Duvarova : Dans l'organisme du cobaye des mycobactéries virulentes et avirulentes B.C.G., Revue de la Tb. Tom : 22 No: 1 1958.
- 3 — R. Mande et Col: Les adenites suppurées du B.C.G., Revue de la Tb. Tom: 22 No: 2—3 1958.
- 4 — Dr. Niyazi Erzın: Türkiyede B.C.G. aşısı tatbikatı, Birinci Türk Tb. Kong.
- 5 — Dr. Pakize Berker, Dr. Daver Özlüarda: B.C.G. aşısından sonra lokal reaksiyonlar ve tüberkülin virajı, İkinci Türk Tb. Kong.
- 6 — Dr. Davit Bahar: B.C.G. ile aşılanan çocuklarda Akciğerlerde görülen radyolojik değişiklikler, İkinci Türk Tb. Kong.
- 7 — Dr. Nurettin Onur: Verem Prophylaxie'sinde aşı, Mediko sosyal Tb. Konfer.
- 8 — Dr. S. Yazıcıoğlu: B.C.G. aşısı, Nester Yıl 2. Sayı: 8—9 1958.

—oOo—

TÜRKİYE BCG KAMPANYASINDA PRE-VAKSİNASYON ALLERJİ NETİCELERİNİN EPİDEMİYOLOJİK DEĞERİ VE POST -VAKSİNASYON ALLERJİ VİRAJİ

Dr. Hamdi AÇAN [*]

Dr. Daver ÖZLÜARDA [**]

BCG ile aşılamaadan evvel bir tüberkülin testi yapılması gerek aşılanacak şahısların seçilmesi ve gerekse tüberküloz enfeksiyonu hakkında bir fikir vermesi bakımından çok önemlidir. Esasen (WHO) Dünya Sağlık Teşkilâtının 1948 de Paris'te toplanan Tüberküloz ve BCG komitesinde bu husus esas tutulmuş ve pre-vaksınasyon allerjisinin tesbitini kabul etmiştir. Her ne kadar Foley ve Parrot Cezayirde uzun seneler süren tecrübelerle aşılamaadan evvel tüberkülin testinin lüzumsuz olduğunu söylemişlerse de tüberkülozlu veya allerjisi şahıslarda müz'ic reaksiyonların (Koch fenomeni gibi) husule gelmesi bu usulün kati olarak reddedilmesine sebep olmuştur.

Tüberküloz allerjisinin tesbiti için kullanılan Alt - tüberkülin virulan insan ve sığır tipi verem basillerinin Sauton sentetik vasatında ve gliserinli büyüonda üretilmesi otoklavlarda öldürülmesi ve süzöldükten sonra kontsantre edilmesi ile elde edilir. Ve 1 cc sinde 100.000 ünite vardır. Hâlen BCG kampanyasında kullanılan tüberkülin Kopenhag' dan gelmekte olup non-spesifik reaksiyonları önlemek maksadı ile yabancı proteinlerden tecrit edilmiş P.P.D. (Prufied Protein Derivative) dir. Ve 1 cc sinde 50.000 ünite bulunmaktadır, testler muhtelif usullerle yapılır Pirquet, Mantoux, Morov, Trambusti testleri başlıcalarıdır. Hâlen Türkiye BCG kampanyasında Pre - vaksınasyon allerjiyi tesbit için yukarıda bahsedilen ve Kopenhag Devlet Serum Enstitüsünden gelen P.P.D. nin 1000 defa sulandırılması ile elde edilen solüsyonla (1/10 cc sinde 5 tüberkülin ünitesi) Mantoux usulü tatbik edilmektedir. Bu usulde 20 numara iğne ve diziyem tertibatını haiz 1 cc lik şringa ile sol ön kolun dış yüzünün üçte bir yukarı ortasına 1/10 cc solüsyon deri içi metodu ile enjekte edilir. Deri içinde husule gelen papülün kutru 8 mm dir. Reaksiyon 48 ile 72 saat sonra okunur. 5 mm ve daha yukarı kuturdaki endürasyon ve eritem müsbet kabul edilir (Allerjisi var).

[*] Türkiye BCG Kampanyası Başkanı.

[**] Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü Mütchassislarından.

5 mm den aşağı kuturda endürasyon ve eritem veya hiç bir şeyin görülmemesi menfi kabul edilir. (Allerjisi yok).

Türkiye BCG kampanyasında kontrol edilen şahıslara ait umumi müsbet ve menfilik nisbeti aşağıda görülmektedir.

Kontrol	% Nis-	Menfi	% Nis-	Müsbet	Nis-
18.123.663.	% 91.	7.725.169.	% 42.	10.398.494.	% 57

Bu neticeyi yaş guruplarına göre taksim ederek ilişik cetvelde görülen nisbetler elde edilir. Bu cetvelde de anlaşılacağı üzere okul çağından evvel % 13,6 olan müsbetlik nisbeti süratle yükselerek 20 yaşından sonra % 86,1 ri bulmaktadır. Vilâyetlerin ayrı ayrı durumu ilişik 1 numaralı haritada toplu olarak görülmektedir.

Müşâhadelerimiz tüberküloz intanının geçim şartlarından fakirlik ile fazla alâkası olmayıp daha ziyade temas imkânlarının fazlalığı mntakalarda fazla olduğudur. Bu sebepten nüfus kesafeti fazla, hayat şartları daha düzgün olan ve geniş yol şebekeleri ile insanların temas imkânı fazla olan Garbi Anadolu'da müsbetlik nisbeti fazla olup buna mukabil fakir fakat dağlık mntaka olması sebebi ile Karadeniz bölgesinde bu nisbet daha düşüktür. İstisna teşkil eden Giresun eski devirlerin kervan yolu mahreci oluşu ile izah edilebilir. Sivas, Malatya, Urfa'daki yüksek nisbet keza bu ticari yolun devamı oldukları dolayısı ile dir. Aynı zamanda Sivas'daki askeri birliklerin fazla oluşu Urfa'da da iskân ve yaşama şartlarının kötülüğü ve Cenup hudutları ile olan çok sıkı temas dolayısı ile bu neticelerin alınmasına sebep olabileceği mütalâasındayız.

2 nolu haritada 0-6,3 nolu haritada 7-14,4 nolu haritada 15-19 ve 5 nolu haritada da 20 den yukarı yaş guruplarındaki müsbetlik nisbetleri görülmektedir.

POST-VAKSINASYON BCG ALLERJİSİ :

BCG kampanyasına muvazi olarak teşkil ettiğimiz Re-test ekibi, aşılanan şahısların bir kısmına asgari iki ay sonra 5. T.Ü. - P.P.D. ile ve Mantoux usulü re - test yapmaktadır. Bu faaliyet 3 bakımdan mühimdir.

- 1 — Tatbikatın allerji virajını ve lokal reaksiyonlarını tesbit.
- 2 — Aşının efikasitesini kontrol.
- 3 — Bu mntakada çalışmış olan ekiplerin mesaisini kontrol.

Bu bakımdan re-test ekibinin çalışmaları çok faydalı olmaktadır. Malûm olduğu üzere tüberkülozda Premunition muafiyeti mevzu bahisdir. Daha doğru bir tabirle allerji mevzu bahisdir bu hususta yani allerjinin muafiyetteki rolünü en iyi şekilde Koch'un yaptığı meşhur kobay tecrübesi ile izah etmiştir.

Tüberkülozda allerjinin iki komponenti vardır:

- 1 — Hipersansibilite komponenti.
- 2 — Kisbi immünite komponenti.

İşte allerjik kobaylarda basilin zerk yerinde kısa bir zamanda reaksiyon husulü allerjinin hipersansibilite komponentini gösterir. Husule gelen yaranın çabuk şıfası ve mücavir lenf bezlerinin şişmemesi yani hastalanmaması hayvanda ilk enfeksiyonda husule gelen allerjinin kisbi immünite komponentini gösterir.

Uzviyeti tüberküloz intanı karşısında hastalanmaktan koruyacak bir allerjinin fartı hassasiyet unsurunun küçük, mukavemet unsurunun büyük olması icap eder.

Tüberkülozda allerjinin büyük muafiyet değeri 20. inci asrın başından beri yapılan tecrübe ve müşâhedelerle tesbit edilmiştir.

Heimbeck'in Norveç'de 1924 senesinde başlayan ve 25 sene devam eden müşâhadesi pek kıymetlidir. Norveç'de verem hastahanelerine alınan hemşireler Mantoux testine tabi tutulmuş menfililerden yarısı aşılanmış yarısında aşısız olarak vazifelerine devam etmişlerdir. Neticede aşısız olanların daima aşıllara nazaran 6 misli fazla vereme tutulduğu tesbit edilmiştir. Ayrıca aşı ve aşısız guruplarda vereme tutulanların mortaliteside tetkik edilmiş aşısız guruptan hastalarda vefiyatın aşıllara nazaran 7 misli fazla olduğu görülmüştür. Bunun gibi Danimarka'da da Holm'un, Amerikada Aransonve Palmer'in, İsveç'te Anderson'un uzun seneler süren çalışmaları ile BCG nin % bir koruyucu hassaya sahip olduğu anlaşılmıştır.

BCG kampanyasının çalıştığı vilâyetlerden 30 unda re-test ekibi tarafından aşından asgari 2; azami 10 ay sonra değişik fasıllarla ceman 38593 kişiye Mantoux usulü ile tatbik edilen 5. T.Ü. - P.U.D. nin 72 saat sonra 34915 kişi kontrol edilmiş olup, bunlarda tesbit edilen allerji virajları nisbetleri ile reaksiyon yerindeki endurasyon ölçüleri vasatileri aşağıdaki cetvelde gösterilmiştir.

Tetkik edilen şahıs sayısı	Aşılama ile re-test arasındaki müddet : Ay	Re - teste ait Endurasyonun kutru mm.	Allerji Virajı nisbeti %
17.503	2 - 3 ay	10.05	95.84
11.208	4 - 6 ay	9.50	93.40
6.209	7 - 10 ay	8.17	82.06

Buna göre aşı tatbikatını müteakip ilk 2-3 aylarda yapılan tüberkülin testi neticesinde vasatı 10 mm. civarında kuvvetli bir aşı allerjisi görülmektedir. Müteakip aylarda viraj nisbetinin düşmesi ile birlikte lokal allerji endurasyon vasatısı da azalmaktadır. Bununla beraber 9 ilâ 10 ay sonra tetkik ettiğimiz vilâyetlerde dahi allerji virajı % 80 lokal allerji endurasyon vasatısına ortalama yine 8 mm. den aşağı düşmemektedir.

MEVZİ REAKSİYONLAR :

30 vilâyette ceman 38593 kişinin aşı yeri tetkik edilmiştir. Bu tetkik neticesinde aşı yerindeki scar ölçüsü vasatileri ve binde nisbetleri aşağıdaki cetvelde görülmektedir.

Lokal reaksiyonu tetkik edilen şahıs sayısı	Aşı yerindeki scar ölçüsü mm.	Binde nisbeti
1.668	1 - 3	43.22
16.418	4 - 6	425.40
18.843	7 - 8	490.28
1.664	8 den yukarı	43.12

Mevzii adenitlere gelince bu bakımdan da 18.648 şahıs tetkik edilmiş ve neticeler aşağıda gösterilmiştir.

Tetkik edilen şahıs sayısı	Aksiller adenit	Supraklaviküler adenit	Binde nisbeti
18.648	58	8	3.43

Bu nisbet dünya Kampanyalarında alınan nisbeti hiçbir zaman geçmemekte bilâkis onlara tetabuk etmektedir.

LİTERATÜR

- 1 — 1948 Enternasyonal Paris BCG kongresi raporu.
- 2 — Dr. ERZİN N. Verem savaşında BCG'nin rolü, Türk İjiyen tecrübe biyoloji dergisi 1950, X.1.
- 3 — ERZİN N. ÖZLÜARDA D. Türkiye'de tüberkülin denemeleri. Türk İjiyen ve tecrübe biyoloji dergisi 1951, X.1

BCG Kampanyasında yaş gruplarına göre Türkiye'de tüberkülin müsbetlik ve menfi nisbetleri

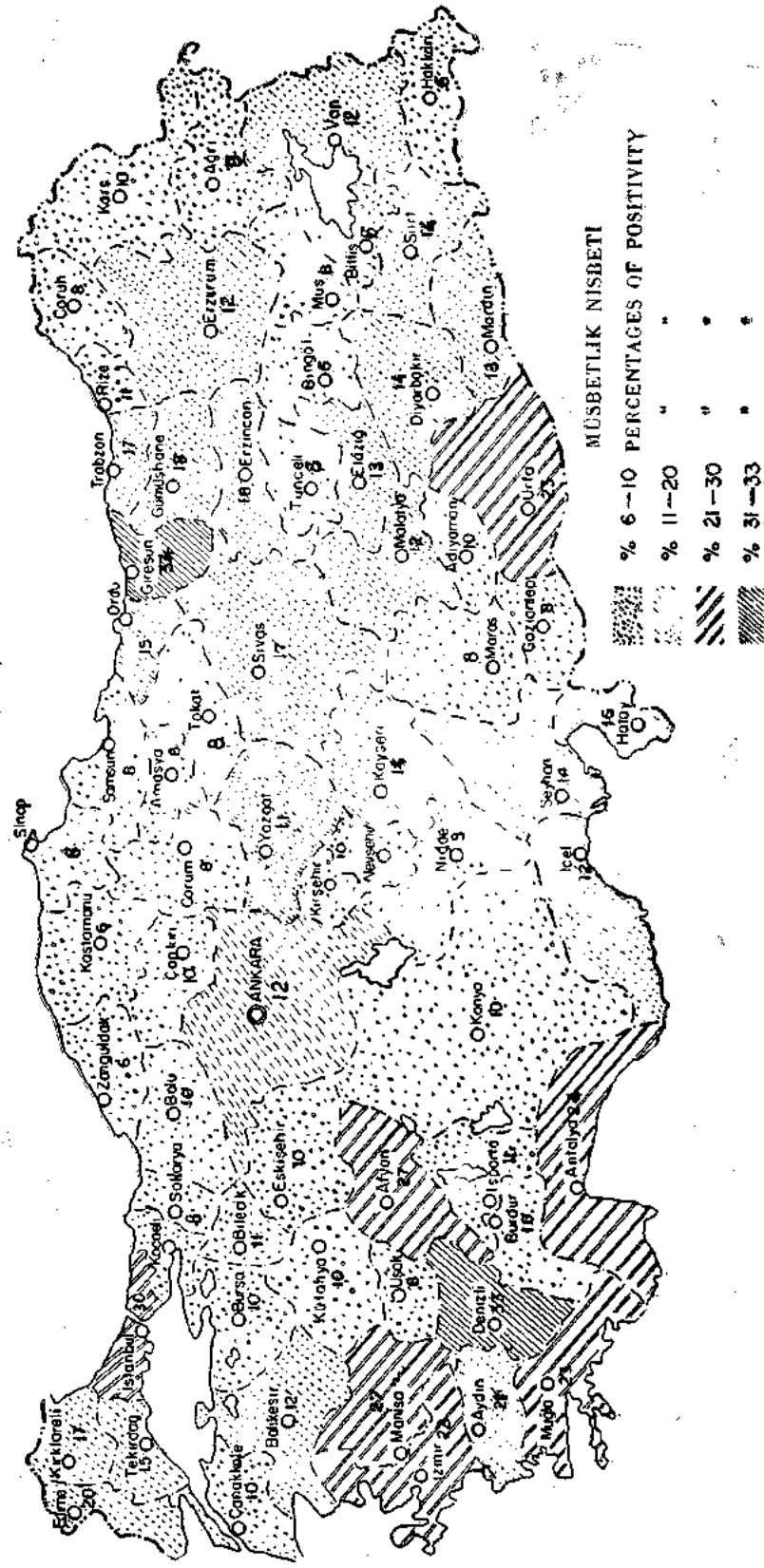
Yaş grubu	Tüb. test	Kontrol	Müsbet	Menfi	Aşı
0 - 6	3.800.002	3.421.762 % 90	460.804 % 13.4	2.960.958 % 86.5	2.920.423
7 - 14	3.453.863	3.166.486 % 91	1.071.816 % 33.8	2.034.670 % 66.1	2.037.532
15 - 19	1.497.847	1.352.245 % 90	756.352 % 55.9	595.893 % 44	594.420
20 den yük.	7.586.776	7.109.772 % 93	6.123.624 % 86.1	986.148 % 13.8	971.079
Yekûn	16.388.438	15.050.265 % 92	8.412.596 % 55	6.637.669 % 44	6.378.454

MUSBETLİK NISBETİ

PERCENTAGES OF POSITIVITY

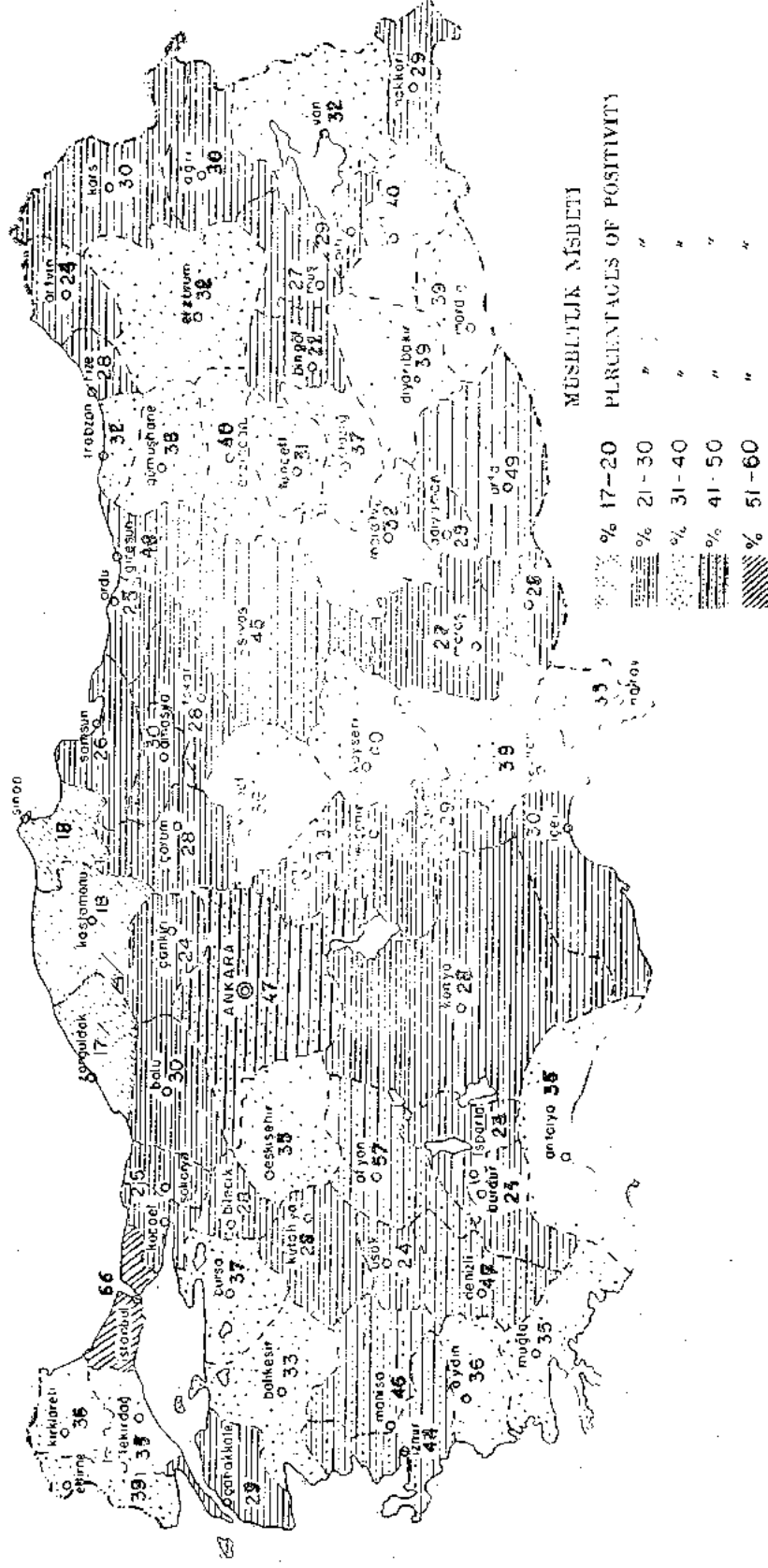
PERCENTAGES OF POSITIVITY	% 36-40	% 41-50	% 51-60	% 61-75
36-40	36-40	41-50	51-60	61-75
41-50	41-50	51-60	61-75	
51-60	51-60	61-75		
61-75	61-75			

PERCENTAGES OF POSITIVE TUBERCULINE REACTION
FOR AGE GROUP OF (0-6)



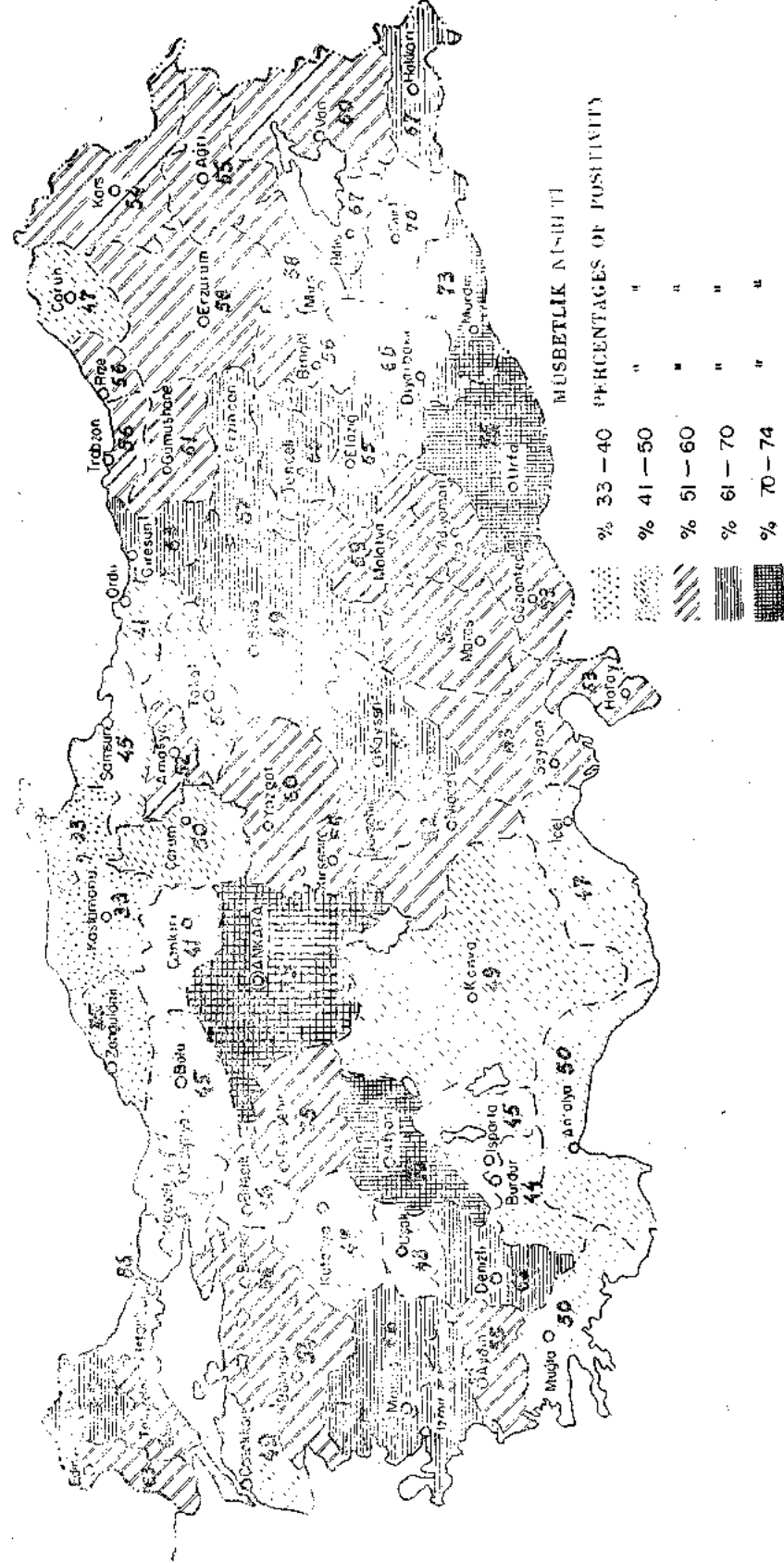
PERCENTAGES OF POSITIVE TUBERCULINE REACTION

FOR AGE GROUP OF (7-14)



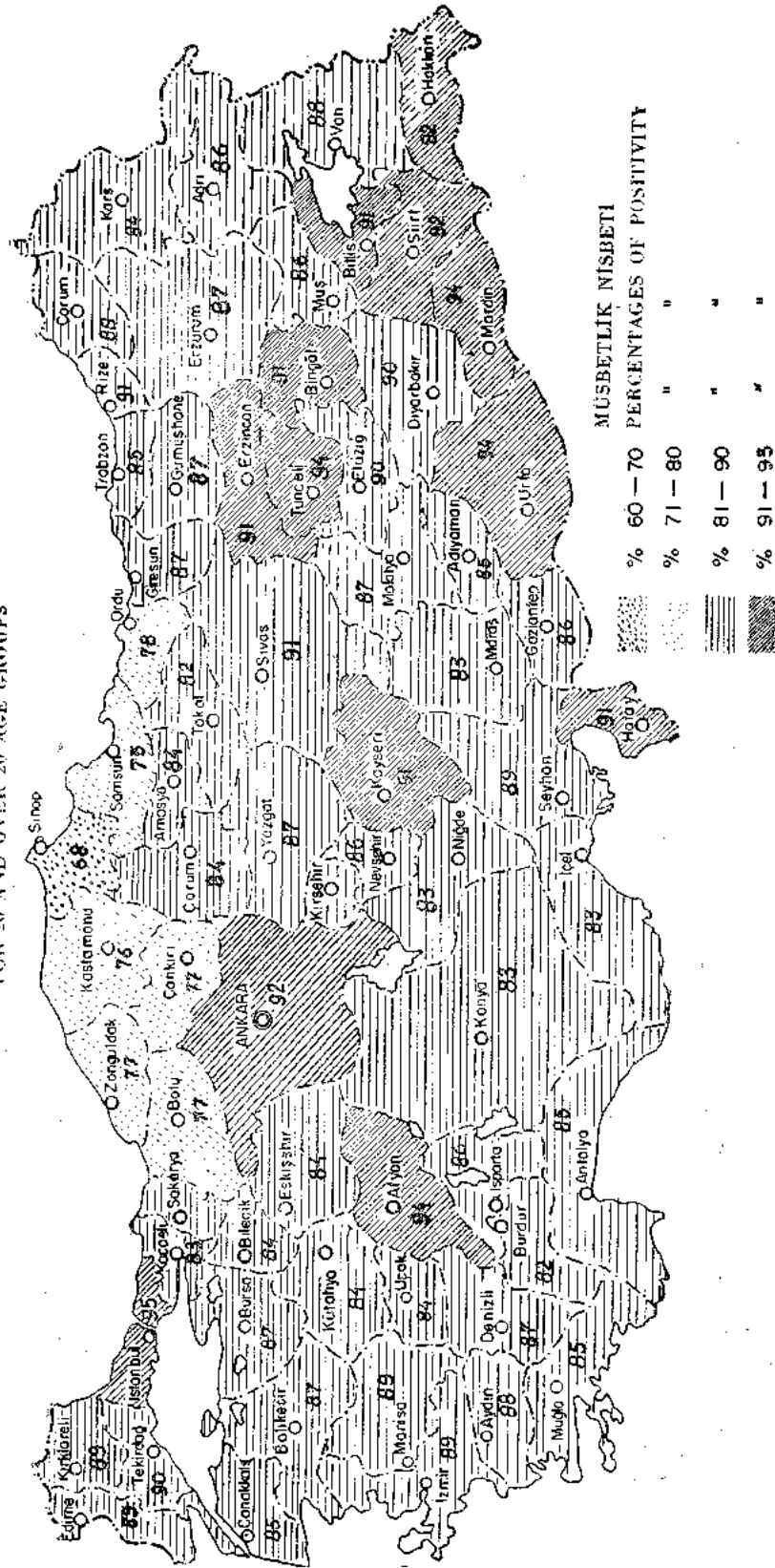
PERCENTAGES OF POSITIVE TUBERCULINE REACTION

FOR AGE GROUP OF (15-19)



TÜRKİYE "B.C.G KAMPANYASI"

PERCENTAGES OF POSITIVE TUBERCULINE REACTION FOR 20 AND OVER 20 AGE GROUPS



TÜRKİYE B.C.G. KAMPANYASINA UMUMİ BİR BAKIŞ

Dr. Hamdi AÇAN [*]

Dr. Daver ÖZLPARDA []**

Sıhhat ve İktisadi Muavenât Vekâleti, WHO ÜNİCEF arasında 22/12/1952 tarihinde yapılan anlaşma ile 1953 senesi başında WHO'nun personel ve ÜNİCEF'in malzeme yardımı ile başlayan enternasyonal B.-C.G. kampanyası İstanbul ve Ankara vilâyetleri hariç Türkiye'nin birinci aşılmasını tamamlamıştır.

II.ve III. Milli Türk Tüberküloz kongrelerinde sayın Dr. Niyazi Erzin tarafından 1956 senesi sonuna kadar yapılan faaliyet tebliğ edilmişti. Bizde burada 1957 ve 1958 seneleri faaliyetini bildirmekle kalmayıp nihayete eren birinci plânı umumi olarak gözden geçireceğiz.

Son iki sene içinde 24 vilâyette BCG tatbikatı tamamlanmıştır. Bunlarda; Urfa, Gaziantep, Malatya, Trabzon, Adıyaman, Elâzığ, Erzurum, Gümüşhane, Kars, Maraş, Mardin, Rize, Sivas, Ağrı, Bingöl, Bitlis, Çoruh, Diyarbakır, Hakkâri, Muş, Siirt, Tunceli ve Van vilâyetleridir. Bu suretle hâlen faaliyetin devam ettiği İstanbul ve Ankara hariç bütün Türkiye'nin en ücre köylerine kadar kampanya ekipleri ikişer defa giderek (34836 köyde) BCG tatbikatını tamamlamışlardır. İlişik I nolu haritada senelere göre tatbikat yapılan vilâyetler gösterilmiştir.

1953 senesinden evvel 1948 den itibaren başlayan faaliyet mevzii kal-
mış ve enternasyonal kampanyaya bir hazırlık mahiyetinde olmuştur. Bu
devre esnasında Pre - Vaccination allerjisi tesbitte Alt - Tüberkülin ile
Pirquet usulü tatbik edilmiştir. 1953 senesinde başlayan enternasyonal
BCG kampanyasında ise Mantoux usulü ve 5. ünite P.P.D. kullanılmış-
tır. Kampanyanın başlangıcından bu güne kadar 15 tabib ve hususi su-
rette yetiştirilmiş ikişer sağlık memurundan müteşekkil vasati 65 akıp
ve 44 vasita çalışmıştır. Tüberkülin testi Kopenhag Devlet Serum Ens-
titüsünden gelen P.P.D. (Prufied Protein Derivative) nin Refik Saydam
Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsünde sulandırılması ile elde edilen Manto-
ux solüsyonu, deri içine 0,1 cc inde 5 tüberkülin ünitesi ihtiva etmek
üzere tatbik edilmiştir. İnjektion yeri sol ün kolum dış yüzünün üçte
bir ortasıdır. 72 saat sonra allerjisi olanlarda 5 mm veya daha yukarı
kutupda induration ve eritem; Allerjisi olmayanlarda bu reaksiyon ya

[*] Türkiye B.C.G. Kampanyası Başkanı.

*) Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü Mütchassıslarından.

hiç görülmez veya 5 mm den aşağı kutturda olur. Böyle şahıslara yine Refik Saydam Enstitüsünün müstakıl bir lâboratuvarında istihsal edilen ve 1 cc sinde 1. mgr canlı BCG jermi bulunan aşidan sol omuz başına deri içi metodu ile 0,1 cc injekte edilir.

Kampanyamızda halkın aşıya alâkasını arttırmak ve iştirâk nisbetini mümkün olduğu kadar fazlaştırmak için geniş bir organizasyon ve propaganda faaliyeti yapılmıştır. İntikal edilen her vilâyette mahallin en büyük idari amirinden köy muhtarlarına kadar idari şahsiyetlerle irtibat tesis edilmiştir. Bu arada lüzum hasıl oldukça vilâyet sağlık komisyonlarından kararlar alınarak tatbikatın mümkün olduğu kadar verimli olmasına çalışılmıştır. Kazalarda köylere ait muhtar toplantıları tertip edilerek tüberkülin tatbiki, kontrol ile aşı tarihleri tesbit edilmiş ve ekiplerin köylere gelecekleri tarihler evvelden muhtarlara bildirilmiş ve aşı hakkında malûmat verilerek köylerdeki bütün vatandaşların bilhassa küçük çocukların iştirâki temin edilmiştir. Ekseri köylerde aşidan evvel ve aşı gününde hoperlörleri havi jeepler gerek müzik neşriyatı ile halkın alâkasını çekmişler ve gerekse konuşmalarla aşının faydasını anlatarak hemen hemen bütün köyün tatbikata iştirâkını sağlamışlardır. Sinemalarda gösterilen propaganda filimleri, duvar afişleri ve ifânları geniş halk kitlelerine aşının faydasını anlatmakta mühim rol oynamışlardır. Mekteplerde öğretmenlerle teşriki mesai yapılmış ve talebeler vasıtası ile ebeveynleri tenvir edilmiştir. Bu arada vaizlerden istifade edilmiş ve bilhassa ramazan ayında injektion yolu ile oruçun bozulmayacağı müftülük makamlarından alınan resmi yazılarla halka bildirilmiştir.

Bu programlı çalışma neticesi iskân şerâiti fevkalâde dağılık olan mntakalarda dahi (Meselâ Rize gibi) iştirâk nisbeti umumi olarak yüksek olmuştur. İlişik 2 nolu haritada vilâyetlerin iştirâk yüzdesi görülmektedir.

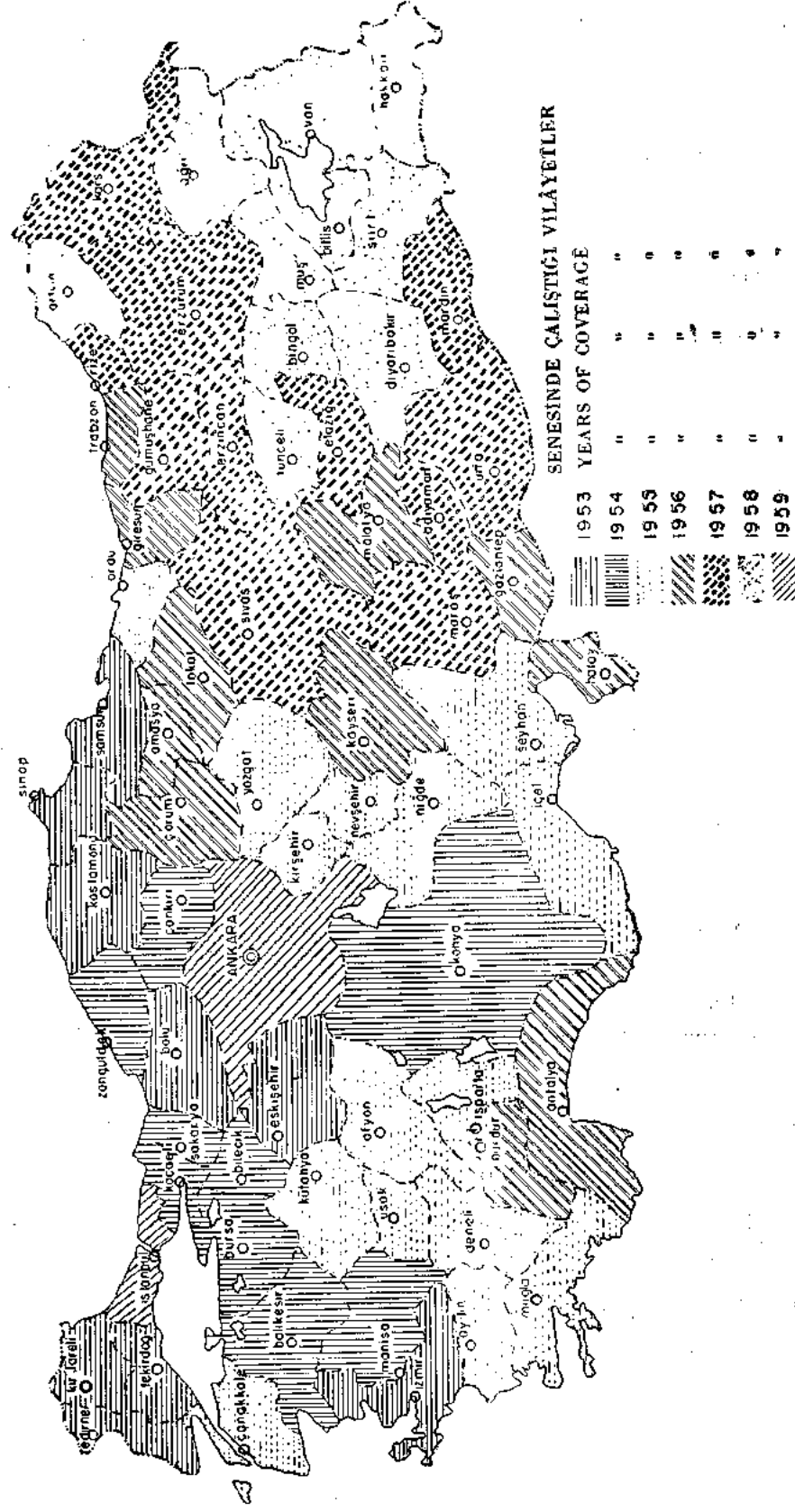
BCG kampanyası umumiyetle 4 gurup halinde çalışmış olup her gurubun başında bir doktor bulunmaktadır. Ayrıca tatbikatın başından beri -yani 1953 senesinden beri- çalışan tecrübeli sağlık memurlarından idareci kontrol ekipleri tesis edilmiş ve bunlar tatbikat yapılan köyleri devamlı dolaşarak gerek teknik aksaklıkları bertaraf etmiş gerekse tüberkülin, aşı ve buz ihtiyaçlarını temin etmişlerdir. Kampanyamızda bulunan re-test ekibi vasıtası ile de muhtelif mntakalarda allerji virajı ile birlikte ekiplerin mesai ve tekniği de kontrol ettirilmiştir.

Malûm olduğu üzere aşının müddetli oluşu, ışıktan ve harareten korunmayı icap ettirishi istihsal lâboratuvarından tatbik edilecek köylere kadar hususi bir itinaı icap ettirmektedir. Bu sebepten esasen ışıktan korunması için siyah bir kağıda sarılı bulunan aşı muhtelif cins firigolarla devamlı olarak en ücra köylere dahi buz içinde sevk edilmektedir. İlişik grafikte Türkiyede şimdiye kadar yapılan BCG faaliyetinin senelere göre rakamları görülmektedir. İlişik cetvelde ise senelere göre tüberkülin testine tabi tutulanların kontrol nisbeti ile umumi olarak müsbetlik ve menfilik nisbeti görülmektedir.

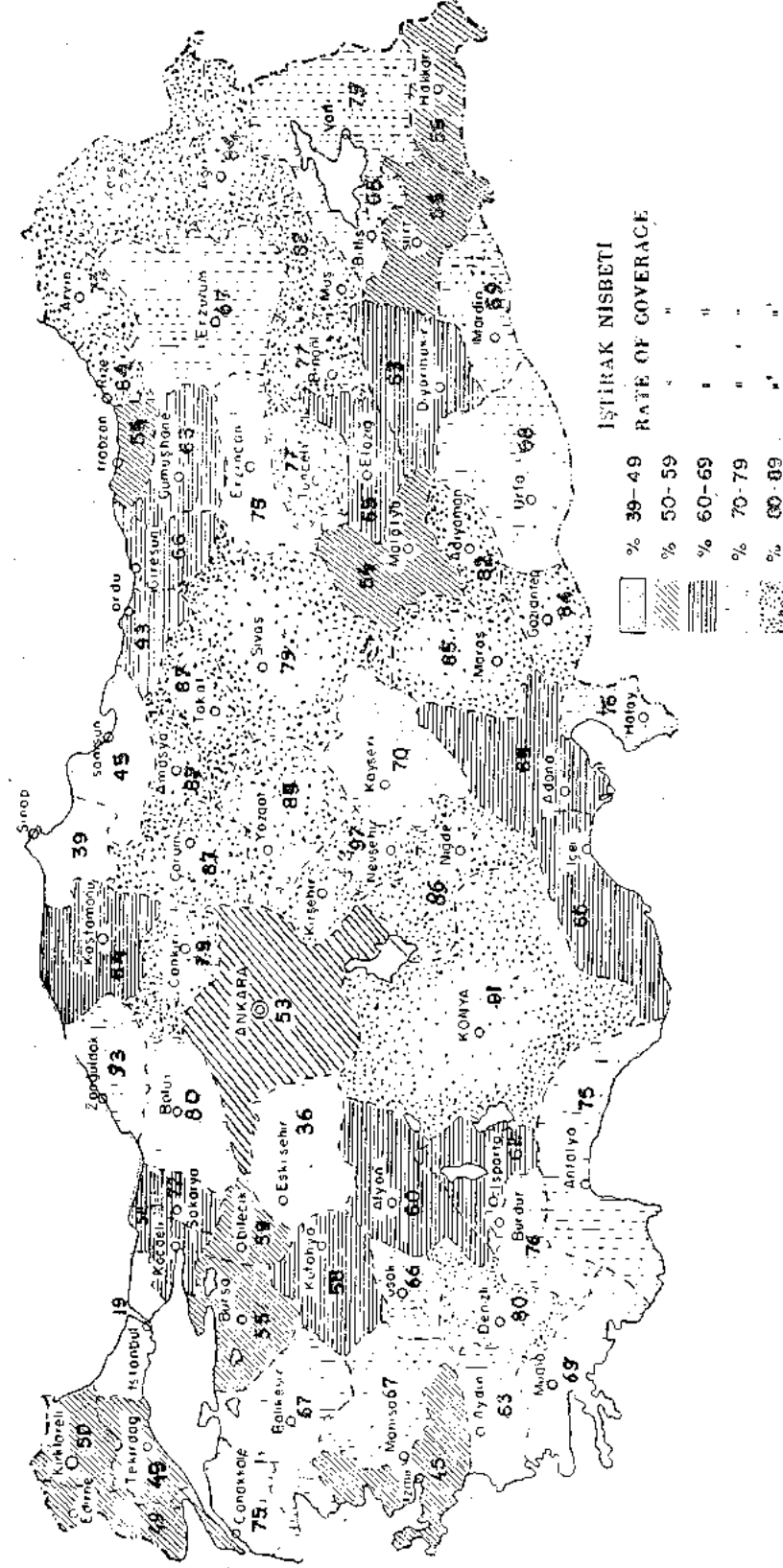
C E T V E L

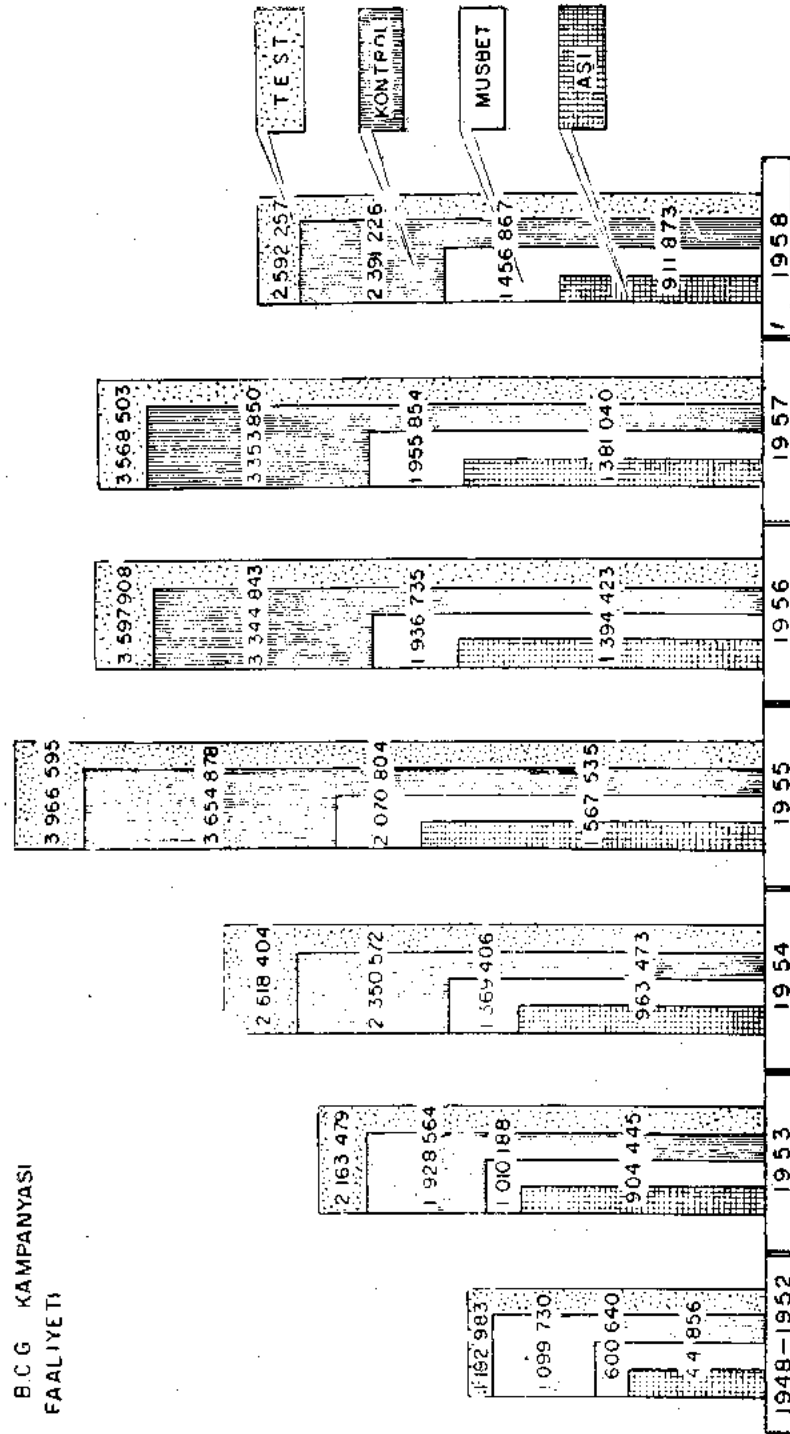
Yıllar	Sayı	Tüberkülin test	Kontrol	Müsbet	Menfi	Aşı
1948 - 1952	%	1.192.983	1.099.730 % 92,1	600.640 % 54,6	499.090 % 45,3	448.561
1953	%	1.163.479	1.928.564 % 89,1	1.010.188 % 52,3	918.376 % 47,6	904.445
1954	%	2.618.404	2.350.572 % 89,7	1.369.406 % 58,2	981.166 % 41,7	963.473
1955	%	3.966.595	3.654.878 % 92,1	2.070.804 % 56,6	1.584.074 % 43,3	1.567.535
1956	%	3.597.908	3.344.843 % 92,9	1.936.735 % 57,7	1.408.108 % 42	1.394.423
1957	%	3.568.503	3.353.850 % 93,1	1.953.854 % 58,2	1.399.996 % 41,7	1.381.040
1958	%	2.592.257	2.391.226 % 67	1.456.867 % 60,9	934.359 % 39	911.873
Umumi yokün	%	19.700.129	18.123.663	10.398.494	7.725.169	7.571.850

THE YEARS OF COVERAGE FOR EVERY PROVINCE



RATE OF COVERAGE OF POPULATION FOR EVERY PROVINCE (ACCORDING TO THE CONTROL)





KURU BCG AŞISI İLE MAYI BCG AŞISININ MUKAYESESİ HAKKINDA BİR ÇALIŞMA

Dr. Hamdi AÇAN [*]

UMUMİ BİLGİ VE GİRİŞ :

Kuru BCG aşısı mayi ve sentetik bir vasatta üretilen BCG suşunun vukumda ve alçak suhmet derecelerinde liyofilize edilmesi ile elde edilir.

BCG aşısının bu şekli tatbikatta en büyük güçlüğü teşkil eden hararetten ve ışıktan korunmayı önlediği gibi sulandırmadan ve + 20° C nin altında olmak şartı ile hayatietini en az bir sene muhafaza eder.

Tatbikatta kullandığımız kuru aşı Londra Glaxo laboratuvarlarından gönderilmiştir.

1957 senesinin ağustos ayında mezkur laboratuvar biyolojik lepartmanından Dr. J. UNGAR dan aldığımız bir mektupta eskidenberi ilgilendiğimiz kuru BCG aşısını laboratuvarlarında istihsal ettiklerini ve bize istediğimiz bir miktarı gönderebileceklerini bildiriyorlardı.

1000 er çocuk üzerinde kuru aşı ile mayi aşının mukayeseli kontrolünü yapabileceğimizi bildirdik. Bu suretle ekim 1957 yılı sonunda 10 ampülden müteşekkil 18 kutu tarafımızdan teslim alındı. Her ampülde 10 aşı dozu bulunuyordu ve kullanma müddeti ağustos 1958 de sona eriyordu.

Bu aşının istihsali için suş Kopenhag'dan getirilmiş ve derin kültür sureti ile üretilerek ezmiye lüzum kalmaksızın uniform bir suspan-siyon halinde elde edilmiştir. Kurutmadan önceki solüsyon dexstran glucose mayi'inde yapılmıştır. Hazırlanan her seri aşının zararsızlık ve kudret ve deneyleri yapılarak tatbikata hazır bir duruma getirilmiştir.

Kullanılacağı zaman her ampül 1 cc steril eau distillé veya serum fizyolojik ile sulandırılır. Sulandırıldıktan sonra çalkalamamalıdır. Bu suretle arzu edilmeyen köpüğün önüne geçilmiş olup esasen şırıngaya çekerken husule gelen hareket kafi homojeniteyi temin eder. Bu şekil-

[*] Türkiye BCG Kamppanyası Başkanı.

deki kolay homojenite kurutulurken kullanılan dextran tesiri ile elde edilir.

Bu şekilde sulandırılan aşı tıpkı hâlen kullandığımız mayi BCG aşısında olduğu gibi Mantoux menfilere ve omuz başına 0,1 cc injekte edilir. Bu miktar içinde en az 1.000.000 canlı jerm bulunmaktadır.

KONTROL TATBİKATI :

Kuru BCG aşısı elimize ekim 1957 sonunda geçmesine rağmen bazı sebebler ve bilhassa istihalden 6-8 ay sonraki durumunu tecrübe etmek maksadı ile tatbikata ancak mayıs 1958 de başlanabildi. Bu müddet zarfında aşı umumiyetle + 6 lık buz dolabında muhafaza edilmiş-sede tahminen 2 ay kadarda oda derecesinde kalmıştır.

Türkiye BCG kampanyasının Diyarbakırda bulunan 3. cü gurubuna herbirinde 10 ampül bulunan 12 kutu kuru aşı gönderilmiştir. Tatbikat sahası olarak da okullar seçilmiştir. Bu okullardan bulunan talebelerin yaşları 7 - ile 18 arasında değişiyordu. Fakat tatbikatın yapılacağı yaşları ekserisi 7 - 12 yaş arasında olup bunlarda ilk okul talebeleridir.

Tatbikat 5/5/1958 tarihinde başladı ve 10/5/1958 tarihinde nihayetlendi. Aşılama tekniği ve gurupların seçilmesi çok mühimdi. Türkiye BCG kampanyasından tekniği kuvvetli, işinde devamlı muvaffakiyet gösteren sağlık memurları tefrik edilmiş ve gerek kuru aşı ve gerekse mayi aşı tatbikatında aynı sosyal şartları havi guruplar seçilmiştir.

Daha evvel bahsedildiği üzere aşı 1 cc steril eau distillé veya serum fizyolojik ile sulandırıldığına göre her ampülde 10 doz aşı bulunmaktadır. Binanaleyh 12 kutu 10 ampül = 120 ampül, X 10 doz = 1200 doz eder. Bu doz aşının kullanma esnasındaki zayıyatı da hesaba katılırsa vasati 1000 kişi aşılamak mümkündür. Nitekim nezaretimiz altında okula giden sağlık memurları Mantoux tatbikini tamamladıktan 72 saat sonraki kontrolda menfi bulduklarını mensup olduğu sınıfa toplamış ve fark gözetmeksizin tek çift saydırarak teklere kendi istihsalimiz olan BCG mayi aşısını, çiftlere de sulandırılan kuru aşığı 0,1 cc olmak üzere cilt içine ve sol omuz başına şırınga etmişlerdir. Her şırınga sonunda husule gelen deri içi papülü şeffaf bir cetvelle ölçülmüş ve 0,1 cc nin karşılığı olan 8 mm tam olarak tesbit edilmiştir.

Bu suretle 16 okulda 1034 kişiye Glaxo'nun kuru BCG aşısı, 1168 kişiye de Refik Saydam Enstitüsünün mayi BCG aşısı tatbik edilmiştir. Kayıt cetvellerinde de düşünceler hanesine hangi cins aşı ile aşılandığı yazılmıştı. Ayrıca aşılananlar hangi aşı ile aşılandıklarını bilmiyorlardı.

Tatbikatın birinci kısmı nihayetlendikten sonra okullar tatil olmuştur. Re-test ile allerji kontroluna tahminen 5 ay sonra 20/10/1958 tarihinde başlanabilmıştır. Kontrol için tamamen ayrı bir ekip tahsis edilmiştir.

Merkezde Re-test de kullanılan ferdi fişlere kuru aşı veya mayi aşı kullanıldığı hususunda da herhangi bir kayıt konulmamıştır. Fakat ferdi fişler numaralanmış ve bu numaraların karşılığı iki ayrı aşı ile aşılananları gösteren listeler tarafımızdan merkezde saklanmıştır. Bu suretle sağlık memurları için tesir altında kalma mevzu bahis değildi. Hususi surette yetiştirilen Re-test ekibi çalışmasını 6/11/1958 de tamamlamıştır. Neticeler aşağıdaki cetveldedir.

Tatbik edilen aşı miktarı		Re-test adedi	Kontrol	Endüasyonun ortalama kutru mm.	Lokal reaksiyonda scar ortalama kutru mm.	Allerji virajı %
Kuru aşı	1034	838	799	11.22	6.83	89.86
Mavi aşı	1168	884	845	11.19	6.09	87.35

Bu çalışma esnasında her iki aşıda da komplikasyona rastlanmamıştır.

Bu husus BCG ile kütle aşılamasında büyük bir ehemmiyete haizdir. Vasati 21 gün müddeti olan mayi aşının gerek nakli ve gerek muhafazası birçok külfetlere sebep olmaktadır. Bu güçlükler kullanma müddeti bir sene olan kuru aşı ile hemen hemen ortadan kalkmaktadır. Bu suretle ilerideki çalışmalarda aşı tatbikatını mahalli teşkilatta kolaylıkla tatbik edebilecektir. Gerek mali külfetin azalması ve gerekse teknikte kolaylık dolayısı ile bu aşının tatbiki büyük bir fayda sağlayacaktır.

Bu mukayeseli çalışmaya memleketin değişik bölgelerinde ve çeşitli guruplarda devam edilecektir.

Not : Aşığı tatbik için memleketimize yollayan Glaxo laboratuvarına ve bilhassa biyolojik departmandan Dr. J. UNGAR'a aşının temini-ne delâlet eden Dr. Nüşet Fişek'e, kontrollerini yapan Dr. Kemal Özsan'a, Dr. Daver Özlüarda'ya ve mukayeseli, kontrolda çalışmamıza büyük yardımları dokunan Dr. Zigni Tuğcu'ya, Dr. Adnan Özdoğan'a sağlık memurları Burhan Akman'a, Lütfi Varol'a, Yusuf Görücü'ye, Balaban'a Mustafa İkizer'e, Sezai Karaağaç'ya teşekkürlerimizi bir borç biliriz.

ANKARA VEREMLE SAVAŞ DERNEĞİ 1 ve 3 NO : lu

DISPANSERLERİ 1950 - 1957 SENELERİ ANKARA

İLÇELERİ VE ANKARA İLİ DIŞI AÇIK

TÜBERKÜLOZLULARI DURUMU

[*] Dr. Nusret KARASU

[***] Dr. Orhan ÖGER

[**] Dr. Cahit BAŞKÖK

Ankara Veremle Savaş Derneği Dispanserlerinde 1957 bidayetindenberi bölgeleşerek çalışmaya daha büyük önem verilmiş, bölge içi müracâatları ve hastaları ambulatuvar tedavi ev ve aile ziyareti ile devamlı takip edilmekte ve bu günkü Tıbbî imkânlarımızdan azami derecede istifade etmektedirler. Ankara ilçeleri müracaatları ve hastaları ile Ankara ili dışı müracaatları bölgedeki misafirliklerini tesbit edebilmek gayesiyle ve kendi bölgelerindeki imkânsızlıkları ve şartlarını gözeterek kabul etmek zarureti hasıl olmaktadır.

Bunun içindirki 1950 senesindenberi tutulan arşivlerimizi yeniden tanzim ettik müracaat ve hastalarımızı 3 grupta topladık.

- 1 — Dispanser bölgesi içi hastaları
- 2 — Ankara ilçeleri hastaları
- 3 — Ankara ili dışı hastaları

Ankara'da mevcut Dispanserlere bölge dışı vak'alar, rastgele müracaat etmekte verem mücadelesi bakımından da disipline edilememektedirler. Bu vak'aların dispanserlerimize mükerrer müracaatlarında, tedaviyi sağlayacak şartlarının çok kötü olduğu pek azının hastahanelere yatarak ancak selâha gittikleri hattâ muvakkaten hastahanelere yatanların bile bilâhare ağırlaşmış oldukları dikkatimizi çekmekte idi.

Dispanserlerimiz bu grup vak'alarının ne durumda olduklarını tesbit etmek ve kendilerine imkânımız nisbetinde faydalı olabilmek ve do-

[*] Prof. Dr. Nusret Karası Ank. Tıp Fak. Göğüs Hast. Kl. Direktörü
Ank. V.S. Derneği Başkanı.

[**] Dr. Cahit Başkök Ank. V.S. Derneği 6 No: Disp. Baş hekimii Göğüs Hast. Mütchassısı.

[***] Dr. Orhan Öger Ank. V.S. Derneği 1 No: lu Disp. Baş hekimii.

layisiyle verem mücadelesinde bölge dışında ikinci mücadele halkası olarak kabul ettiğimiz bu grupta tetkiklerimizin neticelerini tesbit etmek istedik.

1950 - 1957 senelerinde 1 ve 3 No : lu dispanserde arşiv kayıtlarına göre Ankara ilçelerinde ve Ankara ili dışında 5195 açık tüberküloz tesbit edilmiş olduğu anlaşıldı. Bunun için bütün hastalara dispanserimizin adresi yazılı ve geliş pulu yapıştırılmış mektuplar gönderdik bu mektubumuzdaki soruları (anket) hastanın bizzat kendisi veya hasta hakkında bilgisi olan her hangi bir şahıs veya köy idare heyeti tarafından cevaplandırılmasını rica ettik. Anketimizde hastalara hastalıkları ve ailevi durumları hakkında çeşitli sorular sorduk. Aldığımız cevapların neticesini aşağıda arz ediyoruz.

Mektup (anket) yazılabilen	Cevap veren	Ölen	Hâlen Hastanede veya yatmış çıkışmış	Hiç tedavi görmemiş
3868 kişi	1972 kişi	575	342 % 17	475 % 24
	% 51	% 29		
Ayaktan takipte		İyi olduğunu ifade ediyor.		
393		187 % 9		
% 19,9				

Neticeler tetkik edilirse vak'aların % 24 inin tedavisiz kendi haline terk edildiği şahsı ve muhiti bakımından çok şumullü tehlikeler arzettiği dikkati çeker. % 29 ölüm görülmektedir, kanâatımızca köylü hastalar teşhis dahi edilmiş olsalar tedaviden çeşitli sebeplerle mahrum kalmaktadırlar. Antibakteriyellere rağmen ölümler arkalarında canlı hatıralarını bırakarak ve fasit halkayı devam ettirerek devam etmektedirler.

Hastalar bu günkü yatak imkânsızlığı sebebi ile hastane tedavisine girememekte kısa süreli olarak yatmış olanlarda hastahane öncesi ve sonrası bakımsız kaldıklarından neticede kendi haline terk edilmiş olanlara nazaran pek farklı olmamaktadırlar.

Vak'alarımızın sosyal durumları da ayrıca üzerinde durulmağa değer :

Askere girmiş	Evlenmiş	Çocuk doğumu	Çocuk ölümü	Ölüm/Doğum	Ailelerinde kendisinden başka Tbc.
443	795	1818	1096	% 60	228

Bu neticelere göre, askere alınmada bu günkü basit muayene tarzının kifayetsiz olduğu ve aktif hastaların silâh altına alındığı dikkati çekmektedir. Memleket sağlığı bakımından bu hususun bu günkü koruyucu hekimlik telâkkilerimize göre düzenlenmesi icap etmektedir.

Tetkikimizinde işaret ettiği gibi köylü hastalarda evlenmeler ve doğumlar sağlamlar gibi olmakta, hastaya felâket getiren evlilik çocuk doğum ve ölümünde facia şeklini almaktadır, % 60 olan ölüm/doğum nisbetinde sağ kalanların sıhhatlerinin takdiri de aşikâr olarak, kabul etmek lâzım geliyor ki, bu günkü düşünmeye değer verem mücadelesinin organizasyonu kifayetsizdir, neticeleri de maddi ve manevi emeğimizin karşılığı değildir.

NETİCE :

1 — Dispanser teşkilâtı bulunan bölgelerde verem mücadelesi nisbeten ferahlatıcıdır. Veremlilerde tedavi ve muhitlerin sirâyeti büyük mikyasta önlenmesi mümkündür.

2 — Dispansersiz bölge hastalarını kısa bir süre hastanede yatırmakla iyi neticeler alınmaz. Hastane öncesi ve sonrası Dispanser kontroluna girmeleri zaruridir.

3 — Bölge dışı tüberkülozluları kifayetsiz ve gayri muntazam antibakteriyel alabilmektedirler. Bu cihetin realize edilmesi için fakirleri ücretsiz, mali durumları müsait olanlara Dispanserler vasıtası ile ihtiyacına yeter miktarda antibakteriyel devamlı olarak verilmeli ve takip edilmelidir. Bu şekildeki hastaların en yakın Dispanserlere bağlanması da kabil olabilir. Bu günkü sosyal bünyemize göre bu şekil en uygun şekildir. Bilhassa köy tüberküloz mücadelesini sağlayacaktır. Sıtma savaşının muvaffakiyeti göz önüne alınarak, yatak kifayetsizliğinden ve köy aile şartlarının zarureti olan bu görüşümüze hak verilebilir.

4 — Tüberküloz dâvası koruyucu sahasında B.C.G. tatbiki ile küçümsemlenmeyecek neticeler vermekte ve antibiyotiklerin kullanılabilirdiği yerlerde menenjit, granülü ve kazeöz şekiller nadirleşmişse olsa köyler-

de mortalite ve bilhassa morbidite kanâtımızca pek değişmemiştir, hattâ dispansersiz illerde ve ilçelerde neticelerin köylerden çok farklı olmadığı kanaatindeyiz.

5 — Bu günkü verem mücadele tesislerimiz adeden kifayetsiz olduğu gibi fonksiyonları üzerinde de durulmağa değer, mevcut tesislerin disipline ve kalifiye edilmesine zaruret vardır. Bu zaruret Devletle Verem Savaş Dernekleri tesislerinin sıkı bir iş birliğini icap ettirmektedir. Bu icaptırki Sıhhiye Vekâleti bünyesinde müstakil bir tüberküloz Umum Müdürlüğü kurulmasını ve bütün verem hastanelerinin ve verem Dispanserlerinin B.C.G. kampanyalarının tek elle sevk ve idaresini mücadelenin icap ettirdiği teknik, personel vesair ihtiyaçlarının realist bir görüşle süratle ikmâlini mümkün kılacaktır.

—oOo—

ANKARA VEREMLE SAVAŞ DERNEĞİ DISPANSERLERİNDE 1958 SENESİ SİGORTALI İŞÇİLER TARAMASI

[*] Dr. Nusret KARASU

[**] Dr. Cahit BAŞKÖK

Dr. Orhan ÖĞER

Dr. Hanri NALBANTOĞLU

Dr. Yalçın DİNÇMAN

Dr. Ali ERASLAN

Ankara Veremle Savaş Derneği Dispanserleri kuruluşlarından beri mesailerinde kitle taramalarına büyük ehemmiyet vermişlerdir. Bu husustaki mesai ve gayretlerinin her sene artırmaktadırlar. 1950 - 1958 (10 ay) yılları arasında 71094 olan taramanın 25800 ü, 1958 senesi 10 aylık taramasına aittir. Taramalarla erken teşhisi gaye edinmektedir-

[*] Prof. Dr. Nusret Karasu Ank. Tıp Fak. Göğüs Hast. Kl. Direktörü Ank. V.S. Derneği Başkanı.

[**] Dr. Cahit Başkök Göğüs. Hast. Müt. Ank. V.S. D. 6 No.lu Disp. Baş Tbb.

Dr. Orhan Öger Ank. V.S.D. 1 No.lu Disp. Baş Tbb.

Dr. Hanri Nalbantoğlu Ank. V.S.D. 4 No.lu Disp. Baş Tbb.

Dr. Yalçın Dinçman Ank. V.S.D. 2 No.lu Disp. Baş Tbb.

Dr. Ali Eraslan Ank. V.S.D. 2 No.lu Disp. Baş Tbb.

ler. Dispanserlere müracaatta çocukların ve kadınların çokluğu dikkati çekmektedir. Erkekleri Dispansere getirtmek kazanç ve mesai mecburiyetiyle mecburi hallerde bile kolay olmamaktadır. Bu hususu halletmek ve verem mücadelesinde tetkiklerimizi şehrin bütün fertlerine ve bilhas-sa daha eforla hasta tesbit edeceğimizi ümit ettiğimiz erkeklere teşmil etmek gayesiyle; 1957 bidayetinde Ankara Belediyesi Sağlık İşleri Mü-dürlüğü ile anlaşarak Ankara esnafı kontrole alınmış ve Dispanser tet-kiki yaptırmıyanlara çalışma müsaadesi verilmemiştir. Bu teşebbüsü-müz pek faydalı neticeler vermiş; bakkal, kasap, manav vs. Gıda mad-desi satan esnafta, kahve ocakcısı garson gibi halkla sıkı teması olan yerler işçilerinde küçümsenmeyecek açık tüberkülozlu tesbit edilmiştir. Bu işçilerin bir kısmının serbest bir kısmında sigortalı olduğu anlaşılmıştır. Kıt kanaat geçinen bu kitlenin hastalarını tedaviye almak medi-ko -sosyal bakımdan zorca olmuş, çok kere de teşhisin ciddiyetine rağ-men hasta işçilerin kaçak çalışmasına yol açılmıştır. Gerek bu hususu halletmek ve gerekse hastalara devamlı ilaç kaynağı bulmak, müesse-satta çalışan işçileri de kontrol altına alabilmek ve işçilerin, iş yerle-rinin sigortaya girişlerini teşvik ve temin etmek gayesiyle işçi sigortala-rı Umum Müdürlüğüne müracaat ettik. Takdire şayan bir anlayışla karşılандık ve sigortalı işçilerin verem savaşı yönünden taranmasını ve bu taramanın bir zaruri masraf karşılığı yapılmasını, tesbit edilen hasta-ların (Dispanser hekimlerine tam selâhiyet verilerek) tedaviye alınma-larını ve ilaçlarının sigortaca teminin sağladık.

1958 senesi Mayıs ayında başlayan sigortalı işçi taramasında 5 ay-da 8423 kişi tetkik edilmiştir. Test tüberkülin ve mikro filmle yapılan ilk kontrolda, şüpheli görülenlere büyük film, tomografi A.R.B. kont-rolları sedim, bronkografi, bronkoskopi ve biyopsi yapılmakta ve neti-celer katileştirilmektedir.

Bulgularımız :

Taramada kontrol edilen	Açık Tbc.	Kapalı aktif veya inaktif	Umumi Tbc.	Tetkiki derin leşmiyen (rad- yolojik sekel)		Pnömo- pathie tümör v.s.
				anormal film		
8423	46	87	133	225		5
	% 0,54	% 1	% 1,5			

Atipik pnömoni	Sarko- dozis?	Etyolojisi meçhul ak- ciger fib- rozisi	Havakisti	Kist hidatik	Bronsektazi
3	1	1	1	3	8
Kronik bronşit		Toraks anomalisi	Radyolojik olarak dik- kati çeken kalp hast.		Asthme bronşik
27		22	15		3

Tetkik edilen umumi vak'alar

355 % 4,2

Neticeler tetkik edildiğinde % 4,2 tetkiki gereken vak'aların tes-bit edilmiş olduğu görülür. Bu netice sigortalar için maddi bakımdan ve dispanserler içinde mesai bakımından cesaret vericidir. Bulgularımız-da açık tüberküloz % 0,54 dır. Tarama ile takip süremiz kısa olduğun-dan kat'i olarak ifade edemediğimiz ve bunun içinde aktif veya inaktif kabul ettiğimiz kapalı Tbc. ise % 1 dir, ve her iki grup müsterek mü-talâa edildiğinde umumi Tbc. linin % 1,5 olduğu görülür. Bu netice An-kara'da çok çeşitli topluluklarda yaptığımız tetkik sonuçlarına pek ya-kındır. Bunun içindirki bizim için meçhul ve bakir sayılabilecek yetiş-kin ve çalışan Ankara işçilerindeki bu neticeler endişemizi azaltmış memnuniyetimizi mucip olmuştur.

Ankara'da mevcut 6 Veremle Savaş Derneği Dispanserinden mikro filmle çalışan 1-2-4-6 No: lu dispanserlere sigortalı işçi taraması ve-rilmiş ve 4 Dispanserinin taramada bulduğu vak'alar 6 No: lu Dispanser-de toplanarak ayrı bir arşiv kurulmuş, bu şekilde vak'aların takip ve tedavisi disipline edilmiş, masraf tahakkuku ve muamelât kolaylaştırıl-mıştır. 31.10.1958 e kadar 5 ayda sigorta arşivinde 151 vak'a takibe alınmıştır. Bunlar aşağıdaki şekilde gruplandırılmıştır:

- 1 — Teşhis ve tedavi için hastaneye yatırılan 46 kişi
- 2 — İstirahat ve ilaç verilerek ayaktan tedavi gören 9 kişi
- 3 — İşinde çalışarak ilaçla tedavi gören 65 kişi
- 4 — İşinde çalışarak ilaçsız periodik kontrole alınan 31 kişi

Tetkiki gereken vak'aların ancak 3 te birini hastaneye sevk gerekmiştir. Bu durum bu günkü sigortalı yatak takatının normal hudutları içindedir. Hattâ Ankara'da sigortalı veremliler için ayrılan yatak durumu daha da müsait olduğundan işçinin sosyal endikasyonu ile hastaneye sevki toleranslı tutulmuştur. Neticelercimiz her gün inkışaf ettiğinden hastaneye sevk edilen 46 vak'anın 11 tanesi de 1-3 aylık hastane tedavisinden sonra ayakta kontrola alınmıştır; bu durum yatak ihtiyacı daha da azaltıcı olabilir.

Bu şekilde de, kitle taramalarında birden büyük miktarlarda tüberkülozlu tesbitiyle izdiham olacağı düşüncesinin yersiz olduğu anlaşıyor. Vak'alarımızın büyük kısmını çalıştırarak devamlı ilaç vererek Dispanser kontroluna almış bulunuyoruz bunlarda bile istisna iyileşme dikkatimizi çekmektedir. Bu neticeyi de devamlı ilaç verilmesine ve disiplinli dispanser kontroluna atfediyoruz. Tesbit edilen vak'aları ikâmetgâhlarına göre ait oldukları bölge dispanserlerine bildiriyor bu şekilde işçinin şahsı yanında aile efradını da tetkik ve takibe alıyoruz.

NETICE :

I — işçi taraması ile işçi ailesi ve iş yeri halkı kontrola alınmış oluyor II — çok çeşitli müessesatla temas edilerek verem savaş propagandası yapılıyor III — Hastalık erken tesbit edilerek tecrit ve tedavi imkânları artıyor IV — verem mücadelesinde çeşitli sağlık teşekkülleri ile görüş birliğine varılmış olunuyor. Bu görüşle bu imkânı bahşeden işçi sigortaları Umum Müdürlüğüne Ankara Veremle Savaş Derneği adına teşekkür eder bu teşebbüsünün bütün yurda teşmil edilmesini bütün Verem Savaş Dispanserleri ile Derneklerinin de imkânları nisbetinde müzahir oymasını temenni ederiz.

V — Bu suretle Verem Savaş Dernekleri maddi bir kaynak ta temin etmiş olacaktırlar.

—oOo—

«TÜBERKÜLOZLU VE SAĞLAM AİLELERDE ÇOCUK ÖLÜMÜ NİSBETLERİ»

Dr. Nusret KARASU

Dr. Muzaffer ERKMAN

Tüberkülozlu ailelerdeki çocuk ölümlerinin sağlam ailelere nazaran ne nisbette arttığını tesbite çalışarak, bir aile enfeksiyonu olan tüberkülozun çocuk ölümlerindeki ehemmiyet derecesini belirtmek maksadıyla, Ankara Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları kliniğinde, Ankara Veremle Savaş Derneği Hastanesi ve Nümune Hastanesi Göğüs Hastalıkları Pavyonunda yatan ve tedavi gören evli açık tüberkülozlu hastalar ile Ankara Veremle Savaş Derneği Dispanserlerine ayakta müracaat eden ve açık tüberkülozlu olduğu bilinen evli hastalarla anket yapmak suretiyle elde ettiğimiz neticeleri topladık. 300 veremli aile üzerinde yaptığımız ankette, erkek ve kadında tüberküloz tesbitinden evvel ve sonra doğan ve ölen çocuklar üzerinde durarak, hastalanmadan evvel ve sonrakı doğum/ölüm nisbetlerini tesbite çalıştık. Ankete, doğan ve 5 yaşına kadar ölen çocuklar dahil edilmiş olup, veremli ailelerde, veremli olan anne, baba veya çocuğun yakın temasta bulunduğu akrabalarında hastalığın tesbitinden sonra doğan ve ölen çocukların ölüm sebebi tüberküloz olarak kabul edilmiştir. Veremli ve sağlam ailelerde çocuk ölüm nisbetlerinin antibiyotiklerin keşfinden evvel ve sonra değişiklik göstermediği de araştırılmıştır.

Bulgularımız :

Ankete tabi tuttuğumuz 300 evli ve çocuklu hastanın % 60 ının fazla geçim sıkıntısı çeken, aylık geliri şahıs başına 20 liradan az, asgari 5-6 nüfuslu aileler olduklarını, umumiyetle tek odalı sıkışık ve gayri sıhhi meskenlerde oturduklarını tesbit ettik. Bu hastaların ancak % 3,6 sı geçim ve mesken şartları oldukça iyi olan teşkil ediyordu.

Erkek hastaların ekserisi köylü olup rençber, çiftçi, garson, kahveci, işçi, satıcı, şoför ve memur gibi çeşitli mesleklere mensup idiler. Kadın hastaların ekserisini de köylü ev kadınları teşkil ediyordu. Bu 300 hastanın % 49,3 ü köylü olup rençber - çiftçi, % 38,7 si işçi ve esnaf ve % 9,3 ü de memur sınıfından idiler.

Ankete tabi tuttuğumuz sağlamlar da, umumiyetle hastalar gibi aynı gelir, yaş, meslek ve geçim şartlarına sahip olan ailelerdir. Bunlar-

da da 300 hasta anketinde bulunan neticelere uyan nisbetler bulunmuştur. Mevzuumuzun esas bulgularını araştırmak maksadı ile önce 300 veremli kadın ve erkek hastada, ilk 5 yaş içinde ölen çocukları tesbit ettik. 962 doğuma mukabil 276 çocuk ölümü sayısı bulduk. 300 sağlam ailede ise 920 doğum, 199 ölüm tesbit ettik. (cetvel No : 1).

CETVEL No. : 1

Çocuk doğumu	Çocuk ölümü	Ölüm/Doğum nisbeti %
962	276	27,5

300 veremli ailede bulduğumuz çocuk ölüm/doğum nisbeti

920	199	21,6
-----	-----	------

300 sağlam ailede bulduğumuz çocuk ölüm/doğum nisbeti

Bundan sonra, veremli ailelerde hastalanmadan evvel ve hastalandıktan sonraki çocuk ölüm/doğum nisbetini araştırdık. Hastalanmadan evvel 854 doğuma karşılık 223 ölüm, hastalandıktan sonra ise 108 doğuma mukabil 53 ölüm tesbit ettik. (Cetvel No : 2).

CETVEL No. : 2

Çocuk doğumu	Çocuk ölümü	Ölüm/Doğum nisbeti %
854	223	26,1

300 veremli ailede hastalanmadan evvel

108	53	44,9
-----	----	------

300 veremli aile de hastalandıktan sonra ölüm/doğum nisbeti

(Tüberküloz enfeksiyonu neticesi)

Cetvel No : 2 de veremli ailelerde hastalanmadan evvel % 26,1 olan ölüm nisbetinin hastalandıktan sonra % 44,9 a yükseldiği görülmektedir ki tüberkülozun öldürücü bir aile enfeksiyonu olduğuna bir kere daha dikkatimizi çekmektedir. Anketimiz neticesi veremli ailelerde çocuk ölüm/doğum nisbetlerinde kadın ve erkeğin hasta olduğuna göre de farklar müşahade ettik. Yalnız annenin hasta olduğu veremli ailelerde çocuk ölüm nisbetini % 71, yalnız babanın hasta olduğu ailelerde ise % 22,4 bulduk. Anketimizde anne, baba ve yakın akrabalarında geniş verem musabiyet ve vefiyatı gösteren ailelerde çocuk ölümünün fazlalığı nazarı dikkatimize çarptı. Böyle geniş verem musabiyet ve vefiyatı gösteren 5 ailede 31 çocuk doğumuna mukabil 20 ölüm tesbit ettik. Bu çocuklar ailede verem musabiyetinden sonra doğmuşlardı.

Çocuk ölüm/doğum nisbetlerini veremli ailelerde geçim ve meslek durumlarına göre de araştırdık. Dar gelirli ve geçim sıkıntısı çeken veremli ailelerde çocuk ölümünün fazla, geçimleri iyi olan ailelerde ise daha az olduğunu tesbit ettik. (Cetvel No : 3).

CETVEL No. : 3

Geçim durumu	Aile sayısı	Doğum çocuk	Ölüm çocuk	Ölüm/Doğum nisbeti %
Geçim sıkıntısı çeken aileler (aylık gelir şahıs başına 20 liradan az)	180	593	211	35,5
Fazla geçim sıkıntısı çekmeyen aileler (aylık gelir şahıs başına 20 - 40 lira)	109	321	62	19,0
Geçimleri iyi olan aileler (aylık gelir şahıs başına 40 liradan fazla)	11	40	3	6,2
Yekûn	300	962	276	27,5

300 veremli ailede geçim durumlarına göre bulduğumuz neticeler

Meslek durumlarına göre yaptığımız araştırmada ise çocuk ölüm nisbetinin en fazla rengber, çiftçi, sonra işçi ve esnaf, en az da memur sınıfında olduğunu gördük (Cetvel No : 4).

M E S L E K	Miktar		Ölen çocuk	Ölüm/Doğum % nisbeti
Rençber - Çiftçi grubu	148		152	31
İşçi - Esnaf grubu	116	359	110	30
Memur grubu		33	9	10,8
İşsiz grup		30	5	16,6
Yekûn		962	276	27,5

300 veremli ve sağlam ailede antibiyotiklerin keşfinden evvel ve sonra çocuk ölümü nisbetlerini araştırdık. Penicillin ve streptomycine gibi antibiyotiklerin memleketimize bol olarak ancak 1945 senesinden sonra ithâl edildiği göz önüne alınarak sağlam ve hasta ailelerde 13 seneden evvel ve sonra doğan ve ölen çocukları tesbite çalıştık. Buna göre, 300 sağlam ailede antibiyotikten önce % 44,2 olan ölüm nisbetinin antibiyotikten sonra % 28 e düştüğünü, 300 veremli hasta anketinde ise antibiyotikten önce % 50,9 iken antibiyotikten sonra % 30,1 e indiğini müşâhede ettik.

NETİCE :

1 — Çalışmamızda Ankara Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları kliniğinde yatan ve Ankara Veremle Savaş Dernek Dispanserlerinde ayakta takip ve tedavi edilen açık tüberkülozlu 300 evli hastada ve 300 sağlam ailede çocuk doğum ve ölüm nisbetlerini ve neticelere tesir hususlarını araştırdık. Sağlam ailelerde çocuk ölüm nisbetini % 21,6, veremli ailelerde ise % 27,5 bulduk. Hastalanmadan evvel % 26,1 olan nisbetin hastalandıktan sonra % 44,9 a yükseldiğini müşâhede ettik.

2 — Araştırmamızda, çocuk ölümlerinde antibiyotik ve antibakteriyellerden sonra nisbi düşmeler görüldüğünü tesbit ettik.

Buna göre :

A — Tüberkülozlularda evlenmeyi ve evli tüberkülozluların muayyen bir devre doğumlarını tahdit etmek ve bu vak'aları daimi kontrol ve icap ederse tedavi altında bulundurmak lâzımdır.

B — Memleketimizin sosyal şartları henüz tüberkülozlu hastaların doğumlarını ve doğum sonu çocukların annelerinden ayrılma temin edecek sağlık tesislerine malik olmadığına göre, kalifiye dispanser çalışmalarını ile bütün memleket hastalarını kontrol altına almak, medikal tavsiyeler yanında sosyal tavsiyeleri yerinde yapmak, bilhassa erken B. C.G. aşısı ve koruyucu İNH verilmesi hususlarını temin etmek, bu gün elimizde olan yegâne silâhlardır. Bu neticeye de ancak memleketimizde kalifiye dispanserler açmak ve bunların üniform çalışmalarını temin etmekle ulaşabileceğimize inanıyoruz.

C — Diğer taraftan memleketimizde total çocuk ölümlerinin çok olduğunu da nazarı itibara alarak ana çocuk sağlığı tesisleri ile çocuk bakım evlerini çoğaltmak ve çocuk sağlığını temin gayesi ile de devamlı ve bütün memlekete şamil bir sağlık eğitim programının derhâl tatbiki-ne başlanılmasının lüzum ve ehemmiyetine de işaret etmek isteriz.

—oOo—

«ANKARA VEREMLE SAVAŞ DISPANSERLERİNDE ZİYARET FONKSİYONU VE AİLE ENFEKSİYONU NETİCELERİ»

D. Nusret KARASU

Dr. Bahattin ÇETİN

Dr. Cahit BAŞEÖK

Dr. Orhan ÖĞER

Dr. Hanri NALBANTOĞLU

Dr. İhan İLGÜN

Ankara'da Veremle Savaş Derneğinin 1,3,4,5,6, numaralı dispanserleri ile Sağlık ve Sosyal Yardım Vekâletinin dispanserinde kontrolleri yapılan ve açık tüberküloz teşhisi alan hastaların evlerinde yapılan ziyaretlerinden elde edilen neticelerin bir özetini sunacak ve aynı zamanda bu ziyaretlerde gördüğümüz aksaklıkları da açıklamaya çalışacağız.

Dispanserlerimizde ziyaretlere muntazam bir şekilde ve geniş mânâ-

* Ankara Veremle Savaş Derneği çalışmalarından.

sı ile tatbik edildiği (bölgeleşmeğe tam olarak gidildiği) 1957 yılı başından itibaren başlanmıştır. Bu sebeple araştırmamızda 1957 yıl başından 1958 Ağustos sonuna kadar elde edilen neticeleri topladık. Her dispanserimizde ziyaret yapmak için enaz bir ziyaretçi hemşire bulunmaktadır. Bu hemşireler bölgelerinin özelliğine göre bu fonksiyonu layıkile yapmaktadırlar.

Ziyaretlerin ilk merhalesinde dispanserlerimizin faaliyetleri tarihinden beri bölgeleri içinde tesbit edilen açık tüberkülozuların durumlarını tesbit etmek maksadı ile hastaların verdikleri adreslere peyderpey ziyaret yapılmıştır. Bu arada yeni çıkan bölge içi tüberküloz vak'alarına da hastalığın teşhisinin ilk haftası içinde ziyaretleri yapılmaya başlanmıştır.

1957 senesi başından Ağustos 1958 e kadar 2330 hastanın ilk ziyaretleri yapılmıştır. Bunlardan 1811 i (% 77.7) verilen adreste tesbit edilememiş ve şimdilik akibeti meçhul gurubuna ayrılmıştır. 450 hasta adresinde tesbit edilmiş ayrıca 69 hastanın vefat ettiği öğrenilmiştir. Bu şekilde hastaların 519 u (% 22.3) hakkında malûmat alınabilmiştir.

Adreslerinde tesbit edilemeyen yani akibeti meçhule ayrılan hastaların büyük bir kısmı dispanserlerin eski kayıtlı hastalarıdır.

Dispanserlerin ziyaret neticeleri cetvel 1 de ayrı ayrı gösterilmiştir.

Ziyaretçi tarafından ziyarette tesbit edilen hastalara sosyal anket fişi doldurularak hasta ve ailesi efradı kontrol için dispansere dâvet edilmiştir. Bu dâvete 450 hastadan 337 si % 75) icabet etmiş, 113 ü (% 25) Dispanser kontroluna gelmemiştir.

CETVEL : 1

Dispanserler	Ziyaret edilen hasta adedi	Ziyarette adresinde bulunan		Ziyarette adresinde bulunmayan		Ziyarette vefat	
		Adet	Yüzde	Adet	Yüzde	Adet	Yüzde
1. No. Dispanser	1.008	121	% 12	855	% 84,8	32	% 3,2
3. No. Dispanser	264	74	% 28	183	% 69,3	7	% 2,7
4. No. Dispanser	638	81	% 12,7	542	% 85	15	% 2,3
5. No. Dispanser	178	93	% 52,2	80	% 45	5	% 2,8
6. No. Dispanser	160	30	% 18,7	120	% 85	10	% 6,3
Vekâlet >	82	51	% 62,2	31	% 37,8	—	—
Yekûn	2.330	450	% 19,3	1.811	% 77,7	69	% 3

Ziyaret edilen hastaların adet ve durumu

CETVEL : 2

Dispanserler	Ziyarette dispansere dâvet edilen hasta	Dispansere kontrola gelenler		Dispansere kontrola gelmeyenler	
		Adet	Yüzde	Adet	Yüzde
1. No. Dispanser	121	109	% 90	12	% 10
3. No. Dispanser	74	34	% 46	40	% 54
4. No. Dispanser	81	56	% 61,7	25	% 38,3
5. No. Dispanser	93	73	% 78,5	20	% 21,5
6. No. Dispanser	30	23	% 76,7	7	% 23,3
Vekâlet >	51	42	% 82,4	9	% 17,6
Yekûn	450	337	% 75	113	% 25

Ziyarette adresinde bulunan ve dispansere dâvet edilen hastalardan kontrola gelen ve gelmeyenlerin nisbeti.

Cetvel II de dispanserlere kontrola gelenler ayrı ayrı gösterilmiştir. Cetvelde de görüldüğü gibi sosyal durumu yüksek olan 3 No : lu dispanserin Yenışehir bölgesindeki hastalarından ancak % 46 sı dispanser dâvetine müsbet cevap vermiş, sosyal durumu bozuk kalabalık bölgelerdeki hastaların % 90 a yakını dispanser kontroluna gelmiştir. 3 No : lu dispanser bölgesindeki bu düşük nisbet hastaların büyük bir kısmı tabipleri dispansere tercih ettiklerinden ileri gelmektedir.

Ziyarette tesbit edilen 450 hastanın 1268 aile efradı da kontrol için dispanserlere dâvet edilmiştir. Bunlardan 946 sı (% 74,6) dispansere kontrola gelmiş, 322 si (% 25) gelmemiştir. Demekki dispansere kontrola gelen hasta nisbetinden aile efradı da gelmektedir. Dispanserlere gelen aile efradının nisbetleri cetvel III de gösterilmiştir. Bu cetvelde de görülmüştür ki 3 No : lu dispanser bölgesinden (Yenışehir) dispansere gelen hasta aile efradı nisbeti en azdır. (% 58.5)

Dispanser kontrolundan geçirilen 946 hasta aile efradının yaşlarına göre tüberkülin müsbetlik derecesinin nisbetinin ne olduğu da araştırılmıştır. Cetvel 4 de bu nisbetler ayrı ayrı gösterilmiştir. Cetvelde de görüldüğü gibi 0 - 5 yaşına kadar 237 kişi kontrol edilmiş bunlardan 123 ünde (% 51,9) Tüberkülin müsbet, ayrıca daha evvel B.C.G. aşısı yapılmış 18 kişide (% 7,6) müsbet bulunmuştur ki cem'an 141 inde (% 59,5) tüberkülin müsbet bulunmuştur. B.C.G. aşısı yapılmayan % 51,9 müsbetlik nisbeti bu yaşlardaki aile enfeksiyonunun önemine işaret et-

mehtedir. 6-10 yaşları arasında % 81, 11-15 yaşlarında % 91, 16-20 yaşlarında da % 98 den yukarı tüberkülin müsbetlik tesbit ettik. Keza aile efradında tüberküloz nisbetini de araştırdık. (cetvel 5) Bu nisbeti yaşlara göre şöyle bulduk :

0-5 yaş arasında 237 kişiden 5 inde (% 2,1) açık tüberküloz, 110 unda (% 46,4) kapalı tüberküloz olmak üzere cem'an % 48,5 vakada aktif tüberküloz tesbit edilmiştir. 6-10 yaşlarında 159 kişiden 6 sında (% 3,7) açık, 33 ünde (% 20,7) kapalı olmak üzere cem'an % 24,5 aktif vaka tesbit edilmiştir. Cetvelde görüldüğü gibi tüberkülozlu aile efradında aktif vaka adedi yaş ilerledikçe azalmış olarak müşahade ettik. Vak'aların toplamına göre 946 hasta ailesi efradında 35 (% 3,7) açık, 166 (% 17,5) kapalı tüberküloz olmak üzere cem'an 201 (% 21,2) aktif vaka tesbit etmiş bulunuyoruz ki bu vakaların hepsi tedaviye alınmıştır.

Hasta ailesinde tüberkülin müsbetlik ve hastalık nisbetleri de cetvel 6 ve 7 de her dispanser bölgesi için ayrı ayrı gösterilmiştir. Bu cetvellerin tetkikinde, sosyal durumu yüksek olan 3 No : lu dispanser bölgesinde tüberkülin müsbetlik nisbeti en az olarak müşahade edilmiştir.

Hasta aile efradında tesbit ettiğimiz aktif vakaların hastahkları esas ziyaret edilen hastadan evvel veya sonra mı hastalandıkları

CETVEL : 3

Dispanserler	Ziyarete tesbit edilen hastaların aile efradı adedi	Aile efradından kontrole gelenler		Aile efradından kontrole gelmeyenler	
		Adet	Yüzde	Adet	Yüzde
1. No. Dispanser	363	314	% 86,5	49	% 13,5
3. No. Dispanser	152	89	% 58,5	63	% 41,5
4. No. Dispanser	188	137	% 73	51	% 27
5. No. Dispanser	347	240	% 69	107	% 31
6. No. Dispanser	101	85	% 84	16	% 16
Vekâlet >	117	81	% 69	36	% 31
Yekûn	1.268	946	% 74,6	322	% 25,4

Ziyarete tesbit edilen hastaların aile efradı adedi ve bunlardan dispansere kontrole gelenlerin nisbeti

CETVEL : 4

Yaş	Kontrol edilenler	T Ü B E R K Ü L İ N							
		M ü s b e t		B.C.G. müsbet		Müsbet yekûnu		Menfi	
		Adet	Yüzde	adet	Yüzde	Adet	Yüzde	Adet	Yüzde
0 - 5	237	123	% 51,9	18	% 7,6	141	% 59,5	96	% 40,5
6 - 10	159	124	% 78	5	% 3,1	129	% 81,1	30	% 18,9
11 - 15	122	111	% 91	6	% 5	117	% 96	5	% 4
16 - 20	82	81	% 98,8	—	—	81	% 98,8	1	% 1,2
21 - 25	70	69	% 98,8	—	—	69	% 98,8	1	% 1,2
26 - 30	85	84	% 99	—	—	84	% 99	1	% 1
31 - 35	52	52	% 100	—	—	52	% 100	—	—
36 - 40	36	36	% 100	—	—	36	% 100	—	—
40 dan yukarı	103	103	% 100	—	—	103	% 100	—	—
Yekûn	946	783	% 82,8	29	% 3	812	% 85,8	134	% 14,2

Kontrol edilen hasta efradının yaşlarına göre tüberkülin nisbetleri

CETVEL : 5

Yaş	Kontrol edilenler.	Kontrolde tesbit edilen tüberküloz vak'aları						Sağlamılar	
		Açık Tbc.		Kapalı Tbc.		Genel Tbc.			
		Adet	Yüzde	Adet	Yüzde	Adet	Yüzde	Adet	Yüzde
0 - 5	237	5	% 2,1	110	% 46,4	115	% 48,5	122	% 51,5
6 - 10	159	6	% 3,7	33	% 20,7	39	% 24,5	120	% 75,5
11 - 15	122	3	% 2,4	9	% 7,3	12	% 10	110	% 90
16 - 20	82	5	% 6	4	% 4,8	9	% 11	73	% 89
21 - 25	70	3	% 4,3	3	% 4,2	6	% 8,5	64	% 91,5
26 - 30	85	7	% 8,2	4	% 4,7	11	% 13	74	% 87
31 - 35	52	2	% 4	1	% 2	3	% 5,7	49	% 94,3
36 - 40	36	1	% 2,7	1	% 2,7	2	% 5,5	34	% 94,5
40 dan yukarı	103	3	% 3	1	% 1	4	% 3,8	99	% 96,2
Yekün	946	35	% 3,7	166	% 17,5	201	% 21,2	745	% 78,8

Kontrol edilen hasta efradının yaşlarına göre tesbit edilen hasta nisbeti

CETVEL : 6

Dispanser	Kontrol edilenler	T Ü B E R K Ü L İ N							
		Müsbet				Müsbet yekünü		Menfi	
		Adet	Yüzde	Adet	Yüzde	Adet		Adet	Yüzde
1. No. Dispan.	314	268	% 85,3	9	% 2,8	277	% 88,1	37	% 11,9
3. No. »	89	68	% 76,3	3	% 3,3	71	% 79,6	18	% 20,4
4. No. »	137	120	% 87,6	4	% 2,9	124	% 90,5	13	% 9,5
5. No. »	240	189	% 78,7	6	% 2,5	195	% 81,2	45	% 18,8
6. No. »	85	77	% 90,5	4	% 4,7	81	% 95,2	4	% 4,8
Vekâlet »	81	61	% 75,3	3	% 3,7	64	% 79	17	% 21
Yekün	946	783	% 82,8	29	% 3	812	% 85,8	134	% 14,2

Dispansere bölgelerinden gelen hasta efradında tüberkülin müsbetlik nisbeti

araştırılmıştır ki bu nisbetleri de cetvel 8 de yaşlara göre gösterdik. Cetvelde görüldüğü gibi 0-5 yaşlarında tesbit edilen 115 hasta efradının hepsi (% 100) esas hastadan sonra hastalanmışlardır. 6-10 yaşlarında 39 vakadan 4 ü (% 10,2) esas hastadan evvel, 35 i (% 89,9) esas hastadan sonra hastalanmıştır. Bu nisbet 26-30 yaşlarında ise esas hastadan evvelki vakalar % 60 dan yukarı çıkmaktadır. Vak'aların toplamına göre 201 hasta aile efradının 25 i (% 12,3) ziyaret edilen esas hastadan evvel, 176 sı (% 87,7) esas hastadan sonra hastalandıklarını müşahade ettik. Bu durum tüberkülozun daha ziyade aile enfeksiyonu olduğunu ve tüberkülozlu muhitlerin taranmasının erken teşhis ve tedaviyi sağlamak bakımından büyük ehemmiyetini belirtmektedir.

NETİCE :

1 — Veremle Savaş Dispanserlerinde erken teşhis, açık tüberkülozlu muhitini erken koruma ve hastayı tecrit için aile ziyaretleri yapılması şarttır.

2 — Bu maksatla Ankara Veremle Savaş Dispanserlerinde ilk hamlede dispanserlerin kuruluşundan beri arşivlerinde kayıtlı açık tüberkülozluların durumlarını tesbit etmek gayesile bu hastalar verdikleri adreslerinde ziyaret edilmişlerdir. Bunlardan % 77,7 si adreslerinde tesbit edilememiştir.

Bu vakaların büyük bir kısmı Ankara'ya tedavi için gelip giden vakalar olduğu gibi, bir kısmının şehir içinde yer değiştirmiş olmaları, bir kısmında dispanserlerin bölgeleşme aramalarından dolayı muayene olamayacaklarından korkarak yanlış adres verdikleri ihtimali üzerinde durmaktayız.

3 — Ziyarette adreslerinde bulunmayan hastaların observasyon fişlerine akibeti meçhul şerhi verilerek takipten düşüyor fakat fiş muhafaza edilerek tekrar gelişte sıhhatli adresi alınıyor, bu durum arşiv memurunu ve hastayı ikaz etmiş oluyor.

4 — Ziyaretin neticesine dispanser arşivlerinde sıhhatli ve teferruatlı adres alınması ve hastaların doğru ve samimi adres vermeleri müesirdir. Bu bakımdan müracaat memurlarında bölgelerinin mahalle, sokak ve ihtiva ettikleri ev numaraları bulunan bir listenin mevcut olması faydalı olmaktadır. Aynı zamanda bir kere ziyaret edilip evde bulunmayanlara davet kartı atılıyorsa da gelmedikleri takdirde en kısa zamanda tekrar ziyaretleri icab eder.

5 — Ziyarette hastaların sosyal durumlarının sıhhatli ve teferruatlı tesbiti ile dispanserlerce ilaç vesair yardımların yapılması hasta aile-

lerin ziyareti benimsemesine ve ziyaretçi hemşirelere kıymet vermelerine imkân vermiş olacaktır.

6 — Ziyaret, filyasyon bakımından kıymetli ve enteresan neticeler vermekte ve bu hususlar verem hastalığının epidemiyolojisinde halk için çok müsbet ve öğretici olmaktadır.

Neticelerimizde hasta muhitinde tüberkülin cilt testi müsbetliği çocuk yaşlarında (0-5 yaş) % 50 ve 15 yaşta % 90 olmaktadırki bu neticelerde hasta ziyaretinin erken yapılmasını ve erken tedbir alınmasını icabettiriyor. Zira hasta muhitinde tesbit ettiğimiz % 3,7 açık, % 17,5 kapalı ki cem'an % 21,2 aktif tüberküloz oluşu düşündürücüdür. 0-5 yaşında tüberkülin müsbet aktif telâkki edileceğine göre % 48,5 nisbeti korkunçtur.

7 — Fakir ve kültürlü mahallerde ziyaret değişik ve süprizli olabilirse ziyarette ısrarla devam müşkillerin hallinde muvaffakiyetin en önemli şartıdır.

—oO—

SANATORYUMA YATAN HASTALARIN SOSYAL DURUMLARIYLA HASTALIKLARI ARASINDAKİ MÜNASİBETLER [*]

Dr. E. BOZYAKALI

Dr. K. FİNCANCIĞLU

Son sekiz aydan bu yana Sanatoryumumuza yatan hastaların sosyal durumlarıyla hastalıklarının birbiriyle ne dereceye kadar alakalı ve ya Sosyal durumlarının hastalıkları üzerine ne dereceye kadar etkili olduğunu anlamak ve fikir edinmek için bir tetkike giriştik. Bu tetkiki hastadan veya hasta sahibinden aldığımız malûmata göre yaptık. Mak-sadımız Tüberkülozun şahsı hangi Sosyal durumda daha çok attake ettiğini anlamak bundan neticeler çıkarmaktır.

Bu mevzuda parakende bir çok çalışmalar ve istatistikler vardır. Meselâ Profesör Hirsch'e'in istatistiğinden, Berlinde Apartuman bodrum katında oturanlarda üst katlarda oturanlardan daha çok Tüberküloza musap oldukları keza Apartumanların Güneş gören ceplerinde ikâmet

* Atatürk Sanatoryumu çalışmalarından.

edenlerin Güneş görmiyenlerden daha az Tüberkülozlu olduklarını rakamlarla gösterir.

Biz mevzu daha geniş tuttuk, her yatan hasta için bir Sosyal fiş yaptık. Bu fişte hastadan alabileceğimiz malûmatın sual halinde sıraladık. Hastanın yaşından, Anah Babahı olusundan itibaren Aile Doktoru olup olmadığına kadar yirmiyeye yakın soru sorduk. Hemen şunu peşinen söyleyeyim ki listemize aldığımız iki yüz atmış iki hastanın hiçbirinin Aile doktoru bulunmadığını gördük. Bu 262 hastanın 126 sinin yani % 48, 32 nin Şehirli; 62 nin yani % 23,44 ünün kasabalı; 74 ünün, % 28,24 Köylü yani Köyde doğma ve büyümeli olduklarını gördük. Köy ve Kasabalı yüzdeleri müsterek alınmazsa Şehirlerde yetişenlerde hastalık nisbetinin çoğunluğu teşkil ettiği görülüyor. Bu da nüfus kesafetinin se-rayede rolünü bize hatırlatıyor.

Yaşa göre yaptığımız tasnifte 262 hastadan 20-30 yaşlar arasında olanlar ekseriyeti teşkil ettiği görülmektedir. Başka yüzde'mizde de be lirteceğimiz vesile hastalarımızdan 94 ünün yani % 36 sinin 1-6 aydan beri hasta oldukları ve bunun ekseriyeti teşkil ettiği anlaşılmıştır. Ne zamandan beri hasta olduklarını öğrendiğimiz diğer bir tetkikimizde de iki ile beş senedir, hasta olan 43 hastanın yani % 16,43 ün çoğunluğu gösterdiği anlaşılmıştır. Bu hastalardan 77 sinin yani % 29,38 inin muntazam tedavi gördüklerinin, 185 inin, yani % 70,61 inin gayri muntazam tedavi gördüklerini tesbit ettik. Muntazam tedaviden, inandığımız takdirde ayak veya Dispanser tedavisiyle tabii olarak hastane ve Sanatoryum tedavisini kestediyoruz. Maalesef muntazam tedavi görmiyenler üçte ikiden fazla bulunmaktadır.

Bu hastalardan 231 inin hastalığı nereden ve kimden aldıklarını bilmemektedirler. Bu yüzde olarak 88,56 teşkil etmektedir. 29, un Aile içinde, buna dahil olarak dört tanesi kocasından üç tanesi karısından, hastalıklarını aldıklarını beyân etmişlerdir. Ayrıca bir tanesi otelde bir tanesi de Sanatoryum da temasla hastalığa tutulduklarını söylemişlerdir.

Mevcut 262 hastanın tahsil dereceleri incelenmiş bunlardan 102 sinin yani 38,93 ünün ilk okul tahsili gördüklerini; 35 inin yani % 13,35 inin orta okul, 11 inin % 4,19 unun Lise ve 2 sinin de % 0,76 sinin yüksek tahsil görmüş olduklarını tesbit edilmiştir. Ekseriyeti teşkil eden 112 hastanın yani % 42,74 ün câhil oldukları anlaşılmıştır. Buradan da kültür seviyesinin asgari nisbette olanlardan hastalık nisbetinin azami derecede olduğu düşüncesi akla geliyor. Netekim hastalarımızdan 96 sinin yani % 36,25 inin işçi olduğu tesbit edilmiştir. Sonra sıra ile çiftçi, memur ve talebe gelmektedir.

Hastalarımızdan 82'inin 12-15 yaşında çalışmaya başladıkları tesbit edilmiş ve bunların % 50,61 ile çoğunluğu teşkil ettiği görülmüştür. Küçük yaştan maddi yani fizik yıpranmasının hastalığa musabiyette bir faktör olduğunu düşündürmektedir. 15-20 yaş arasında 52 hasta; % 39,09 ve 20-25 yaşta 28 hasta % 17,22 ile arkadan gelmektedir. Hastalarımızın hasta olmadan evvel günlük kazançları 5-10 lira olanlar ve bununda geçinmek zorunda bulunanlar % 28,42 ile 54 hasta ekseriyeti teşkil ediyorlar. Ayrıca işsiz olan 55 kişiden yani % 28,94 dü de Aile içinde, Aile yardımı ile geçinmektedirler. İşsizler çok cuzzi bir fark ile ekseriyeti teşkil ediyorlarsa da kazançları 5-10 lira olanları çoğunluk olarak kabul edersek bu günlük maddi seviye hastalığı karşı korunmaktadır.

249 hastamızdan 210 «yani % 83,96 sı kendi kazançları ile geçinmek zorunda oldukları tesbit edilmiştir. 39 yani % 11,06 hastanında kendi kazançlarından başka yakınları tarafından yardım gördükleri anlaşılmıştır.

181 hastamızın % 69,08'inin Anah Babah, 38 hastanın, % 12,59 Anah 30 hastanın % 11,45'inin Babah; 19 yani % 6,87 hastanın da kimse-siz olduğu tesbit edilmiştir. Bu rakamlarımızda hastalığa musabiyet nok-tayı nazarından ebeveyninin mevcudiyetiyle alâkah bir bağlılık görülmektedir.

245, 16 yaştan yukarı hastadan 165'inin yani % 62,97 sinin evli, 80'inin 30,35 ünün bekâr olduğu görülmüştür. Evlilik halinin Sosyal ağırlı-ğı burada hastalık için ilâve bir faktör olduğu düşünülebilir. Evlilerden 44 hasta % 29,93 ile iki çocuklu olarak ekseriyeti teşkil ediyor. Sonra üç çocuklu olarak 37 hasta % 25,17 ile ikinci geliyor. Çocukların 8'inin yani % 5,48'inin Tüberkülozlu oldukları, 138 çocuğun % 94,52 sinin Ebe-veyinden hastalık almadıkları, sıhhatli bulundukları öğrenildi.

262 hastamızda 167 sinin, % 63,74 ünün kendi evleri oldukları 95'inin yani % 36,25'inin kirada oturdukları görülmüştür. Evi iki odalı % 15,26 ile 40 hasta başta gelmektedir. Oda başına isabet eden nüfus ke-safeti ise bir odaya 4,16 kişi ile birinci, 6,25 kişi ile ikinci br kesafet nesbet cetvellerimizin tetkikinden de anlaşılacağı veçhile bir sıra teşkil etmektedir. Keza kirada iki odada oturanlar 36 yani % 40,90 kişi ile çoğunluğu teşkil etmektedir. Kirada oturanlarda odaya isabet eden nü-fus kesafeti 3,6 kişi ile bir odada oturanlar başta gelmektedir.

Cetvellerimizdeki haneler, rakam ve yüzdeler ayrı ayrı tatbik edilir-se daha mufassal ve mukayeseli bir malûmat elde etmek kabil ola-caktır. Hastaların Sosyal durumları üzerindeki tetkikimiz ve çıkardığı-

mız neticeler şüphesiz ki henüz daha yetersiz nisbettedir. Zaten bu hu-susta hiç bir iddiamız yoktur. Gelecek yıllarda daha kabarık rakamlar-la daha çok tatmin edici neticeler verebileceğimizin memnuniyetle beyan edebiliriz.

Hastanın şehir, kaza ve köyde yetiştigiğine göre hastalık nisbeti.

	Şehirli	Köylü	Kazah
Hasta sayısı	126	74	62
Yüzde nisbeti	48,32	28,24	23,44

Yaşa göre hastalık nisbeti.

Yaş	5—10	10—15	15—20	20—25	25—30	30—40	40—50	50—60
Hasta sayısı	10	7	51	59	70	50	15	10
Yüzde nisbeti,	3,81	2,67	19,46	18,70	26,71	19,08	5,70	3,81

Ne zamandan beri hasta oldukları.

Sene	0—0,5	0,5—1	1—2	2—5	5—10	10—15
Hasta sayısı	94	38	39	43	30	8
Yüzde nisbeti	36	14,50	14,90	16,43	12,10	1,86

Muntazam tedavi görüp görmedikleri.

	Evet	Hayır
Hastayı sayısı	77	185
Yüzde nisbeti	29,38	70,61

Hastalığı nereden ve kimden aldıkları.

	Kocasından	karısından	temas	bilmiyor	aileden
Hasta sayısı	4	3	2	231	29
Yüzde nisbeti	2,42	1,81	0,76	86,62	12,62

Meslek derecelerine göre hastalık nisbeti.

	Memur	Çiftçi	İşçi	Talebe	Kadın
Hasta sayısı	28	37	96	10	55
Yüzde nisbeti	10,68	14,12	36,25	3,81	23,99

Tahsil derecelerine göre hastalık nisbeti.

	Okulsuz	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksek
Hasta sayısı	112	102	35	11	2
Yüzde nisbeti	42,74	38,93	13,35	4,19	0,76

Kaç yaşından itibaren çalışmaya başladığı.

Yaş	12—15	15—20	20—25
Hasta sayısı	82	52	28
Yüzde nisbeti	50,61	32,09	17,22

1950 Hastanın hastalığından evvelki günlük kazancı lira olarak.

	İşsiz	1—5	5—10	10—15	15—20
Hastayı sayısı	55	45	54	20	16
Yüzde nisbeti	28,94	23,68	28,52	10,52	8,26

Hasta olmadan evvel kendi kazancı ile geçinme zorunda olanlar.

	Evet	Hayır
Hasta sayısı	210	39
Yüzde nisbeti	83,96	11,06

Hasta olmadan kimin tarafından bakıldığı.

	Ana ve Baba	Ana	Baba	Akraba
Hasta sayısı	181	33	30	18
Yüzde nisbeti	69,08	12,59	11,45	6,87

Hasta olmadan evvel evli veya bekâr olduğu.

	Evli	Bekâr	Çocuk
Hasta sayısı	165	80	17
Yüzde nisbeti	62,52	30,53	6,45

Çocuklu hastaların çocuklarının sıhhi durumu

	Sıhhatli	Hastalıklı (Tbc)
Çocuklu hasta sayısı	138	8
Yüzde nisbeti	94,52	5,48

Hastaların kaç çocuklu oldukları.

Çocuk	1	2	3	4	5	6
Hasta nisbeti	28	44	47	14	11	8
Yüzde nisbeti	19,04	29,93	25,17	9,52	7,48	5,44

	Kendi evinde oturan	Kirada oturan
Hasta adedi	167	95
Yüzde nisbeti	63,74	36,25

Evinin kaç odalı olduğu.

Oda adedi	1	2	3	4	5	6	7	8
Hasta sayısı	12	40	38	30	14	4	2	3
Yüzde nisbeti	4,58	15,26	14,50	11,46	5,34	1,54	0,76	1,14

Oda başına isabet eden nüfus sayısı.

Oda adedi	1	2	3	4	5	6	7	8
Hasta adedi	4,16	6,25	7	7,76	4,7	5,66	16,25	9

Kirada oturanlarda oda nisbeti.

Oda adedi	1	2	3	4	6
Hasta sayısı	30	36	15	6	1
Yüzde nisbeti	34,19	40,90	17,04	6,81	1,13

Kira odalarına isabet eden nüfus sayısı.

Oda adedi	1	2	3	4	6
Hasta adedi	3,6	4,5	4,5	5,16	5

«ATATÜRK SANATORYUMUNDA REHABİLİTASYON VE READAPTASYON ÇALIŞMALARI»

Dr. Enver BOZYAKALI

Verem Müesseselerinde yatan ve tedavi gören hastalar gerek tedavi esnasında, gerekse tedaviden sonra çalıştırılabilir. Metotlu bir surette tatbik edilen bu çalıştırma sistemlerini üç grupta olmak üzere aşağıda mütalâa edeceğiz.

I — Verem hastalığı uzun yatak tedavisini icabettiren bir hastalıktır. Bu uzun tedavi esnasında hasta devamlı bir istirahat tabii tutulur ve yatağa bağlı kahrısa tenbelliğe alıştırılır. Tedavi sonunda böyle bir hastayı tekrar iş hayatına intibak ettirmek çok güç olur. Onun için hastalık durumları müsait hastalara, tedavileri esnasında dahi hafif işler yaptırılır. Bu suretle hasta hem iş hayatından tamamen ayrılmamış hem de boş zamanında sıkılmadan vakit geçirmiş olur. Oküstasyonel tedavi meşgale tedavisi dediğimiz bu metod bütün verem müesseseleri için tavsiye olunur.

II — Verem hastalığı tedavi edildikten sonra dahi hastanın çok yorucu, yıpratıcı ve vücut mukavemetini kırıcı hayat şartları içinde bulunmaması lâzımdır. Çünkü, bu şartlar içinde verem hastalığı tekrar nüksedebilir. İşte tedavi edilmiş hastaların, hayatlarının müteakip safhalarında geçimlerini temin için kendi sıhhi durumlarıyla mütenâsip işler yapması icabetmektedir. Tamamen şifa bulmuş hastaları hayata, hayat-taki iktisadî hürriyetlerine tekrar kavuşturmak için kurulmuş olan Müesseselere de Rehabilitasyon Müesseseleri denir.

III — Verem tedavi müessesesinde çalışan her hekimin daima müşkülât ile karşılaştığı bir problem vardır. «Kronik hasta».

Senelerce tedaviye tabii tutulmuş, hastalıklarının hiç bir metotla tedavisi imkânsız, fakat hafif işler yapabilecek durumda olan hastalar çalıştırılabilirler. Ömürlerinin sonuna kadar hasta olarak kalmağa mahkûm bu zavallılar, bu suretle hem kısmen olsun iktisadî hürriyetlerine kavuşurlar, hem de meşgale sebebiyle hastalıklarını kısmen olsun unuturlar.

Kronik hastalar tedavi müesseselerinde ayrılacak münasip pavyonlarda yerleştirilerek hem tedavilerine devam edilir, hem de atelyeler de

hafif işlerde ve sıhhi durumlarının müsaadesi nisbetinde çalıştırılırlar. Meselâ Almanya'da Schöberg'deki Dr. Dorn Müessesesinde bu tip hastalar çalıştırılmaktadırlar. Burada hastalara bir fotoğraf makinesinin otomatik parçası montajı, bir anahtarlık montajı, resim asacak çiviler yaptırılır. Hastalar yaptıkları iş karşılığı para alırlar. Bunun en ideal şekli bu hastaların tedavi müesseseleri civarında aileleriyle ikametini temin ederek kontrol altında çalışmalarını sağlamaktır.

Yukarıda izah ettiğimiz çalıştırma sistemlerinin her üç tipide Sanatoryumumuzda tatbik edilmektedir. İlk defa 1955 senesi Haziran ayında kronik hastalarla başladığımız bu çalışmalar tekemmül etmiştir. Hâlen, oküstasyonel tedavi, rehabilitasyon bölümü ve kronik hastaların çalıştığı atelyeler faaliyettedir.

Sanatoryumumuzda yer kifayetsizliği yüzünden bu faaliyetler daha fazla genişliyememiştir.

Önümüzdeki senelerde ayrıca yapılacak Rehabilitasyon binası ile kronik hastalar pavyonu ikmal edildikten sonra daha verimli neticeler alacağımıza eminim. Hâlen bu üç tip hastalar için mevcut atelyeler ve iş branşları şunlardır : 1 — Fotoğrafçılık, 2 — Terzilik, 3 — Ayakkabı tamirciliği, 4 — Abajurculuk, 5 — Daktilografi, 6 — Sun'i çiçekçilik, 7 — Kornij, çerçeveçilik, 8 — Hacıbektaş taşından biblolar, 9 — Tahta işleri yapılmaktadır.

Bu atelyelerden oküstasyonel tedavi hariç Rehabilitasyon ve Kronik hastalardan şimdiye kadar (Bugünküler dahil) 211 kişi kurs görmüştür. Bunlardan bir kısmı kendi branşlarında haricte çalışmaktadır, bir kısmı da Sanatoryum kadrosuna geçmiş bulunmaktadır.

Gerek Rahibilitasyon ve gerek kronik hastaların çalıştırılması mevzuu Memleketimizde daha şümüllü olarak ele alınması icabeden ana problemlerden biridir. Bizim gibi verem hastası ve bilhassa kronik veremlileri çok sayıda olan bir memlekette bu işin daha iy organize edilmesi icabeder.

Hiç bir Müessesenin çalıştırmak için kabul etmediği, bizlerin de yatak azlığı yüzünden Hastahanelere yatırmak istemediğimiz kronik tüberkülozlular bu suretle yeniden hayata bağlanmış olacaklardır.

—oOo—

**Celse Konusu : Serbest Tebliğlerin
Münakaşası**

ON BEŞ İN Cİ O E L S E

Cel Başkanları : Dr. Süreyya AYGÜN — Dr. Siyami ERSEK

Celse Kâtipleri : Dr. Türkân AKYOL — Dr. Recai SOMER

Dr. Nusret KARASU

1 — Dr. K Gavuzoğlunun vak'aları çok alâka çekicidir.

Bazen kemikleşmiş ve kireçleşmiş leziyonlarda bronşlardan dışarı atılıyor. Bir vak'ada böyle oldu.

Yabancı cisim mevcudiyetinde akıl hastaları, çocuklar ve narkoz halinde olanların haberi olamıyor. Bu sebeple teşhis her zaman anamneze istinat edemez.

2 — Dr. Yaylıhanın vak'ası enteresan olmakla beraber trafik kazasından bir müddet sonra vefat ettiği anlaşılıyor. Bu vak'alar bazen bir müddet sonra bizi tekzip ederler.

3 — Dr. Balumun vak'aları kronik olanlardır. NON Tb. Akut vak'alarda cerrahi tedaviyi teşvik etmek uygundur. Biz kronik vak'alarda çığrı açılmasa decortication veya unroofing buda kâfi gelmezse pleuro-pneumectomy'den faydalanıyoruz.

4 — Dr. Arslanoğlu'nun vak'aları bu vak'alar için çok ümit vericidir. Kemik Tb. Cerrahi müdahaleleri teşvik etmelidir. Organ fonksiyonunu iade etmek veya muhafaza etmek lâzımdır. Kendisini başarılarından dolayı tebrik ederim.

Dr. Abid KÖYMEN

Memleketimiz Rekabilitation başlangıç tereddütleri içindedir : Hâlen öncü vaziyetteki meseleler münferit teşebbüsler halindedir. İntihaz

edilecek iş kuteni memleketimizde geniş tatbik sahası bulunmalıdır. Ve şimdilik imâl ettiğimiz malların evsafından ziyade, yetiştirdiğimiz eski hastaların miktarı ve hayatta kaçına iş bulduğumuzla iftihar etmeliyiz.

Dr. Enver BOZYAKALI

Türkiyede Rehabilitasyon müesseselerinde müsterek çalışmayı temin için bir talimatname hazırlamak icap etmektedir. Önümüzdeki aylarda Sağlık ve Sosyal Yardım Vekâletinde bununla ilgili bir toplantı yapılacaktır. Hastaların çalışma branşını seçerken kabiliyetlerini de nazarı itibare alarak serbest bırakmalıyız. Her hasta muhakkak ihtisası bakımından kendine faideli olabilecek bir branş seçecektir kanaatindeyim.

Dr. Osman DORA

K. Selâhattin Yazıcıoğlu B.C.G. tatbikatında prevarsinasyon ihtilâtı olarak pülmoner reaksiyon gösteren bir hastada izoniyazit kullandıklarını söylediler. Bu lezyon sık olmadığına göre niçin izoniyazit kullandıklarını izah etmelerini rica ediyorum.

Dr. Selâhattin YAZICIOĞLU

Muhterem arkadaşımız Osman Doranın sorusuna cevap vereyim.

Diyarbakırda BCG aşısı ihtilâtı olarak mütalâa ettiğimiz 17 vakanın 16 sı koltuk altı adenitlerine ait olur bunlarda birinci derecede müessir ilaç H. Cortison dur. Bu arada supure ve fistulize adenitlerde Hidro cortisona ilâveten kilo başına 10 mgr. hesabiyle İNH da verilmiştir. Bundan fazla bir faide beklenilmemekle beraber her hangi bir mahsurda mevcut değildir.

Akciğerde infiltrasyon gösteren vakamızda bütün diğer araştırmalar yapılmış diğer her hangi sebebe bağlanamadığı için ve çocuğa 2 ay öncede BCG yapıldığından BCG ihtilâtı olduğu kanaati hakim bulunmuştur. Bu vakada H. Cortison kullanılmamış takviye tedavisi yanında kiloya 10 mgr. hesabiyle İNH verilmiştir. Bir ay zarfında tamamen iyileşmiştir. Bu gibi vakalarda İNH tan istifade edildiği kanaatindeyim.

Celse Konusu : Serbest Tebliğler

ONALTINCI CELSE

Celse Başkanları : Dr. İhsan Rifat SABAR — Dr. Zühtü ERMAN

Celse Kâtipleri : Dr. Neclâ İNAL — Dr. Suat KURULTAN

GRİPAL ENFEKSİYONLARIN TÜBERKÜLOZ HASTALIĞININ ORTAYA ÇIKIŞINDA VE TEDAVİSİ ÜZERİNDEKİ TESİRLERİ [*]

Dr. Cevdet ERİMOĞLU

Dr. Ali Necmi BULUTLAR

1957 senesi Asya Gribi epidemisi mâlûmunuz veçhile yaz ve sonbahar sıralarında memleketimize de uğramış ve binlerce vatandaşı yatağa düşürmüştür. Her ne kadar resmi istatistikler düşük bir nispet vermekte ise de hakikat % 20 - 25 i bulduğu sanılmaktadır. Bunun böyle olması gayet tabiidir zira vak'aların büyük bir kısmı hekime müracaat etmemiş veya edcnlerin hepsi de ihbar edilememiştir. Her ne olursa olsun geçen senenin grip epidemisi memleketimizde büyük bir iş kaybına sebep olmuştur. Grip'in anarjesan hastalıklar sırasında mütelâa edildiği ve bu hastalığın daha bir çok hastalıkları deklâre ettiği bu arada bilhassa latant seyirli tüberküloz üzerine kötü bir tesir icra ettiği umumiyyetle kabul edilmiştir. Filhakika bu devre esnasında sanatoryumumuza mutaddan fazla tüberkülozlu hastanın gelmesi bizleri adı geçen salgının tüberkülozla münasebetini araştırmağa sevketti. Bu maksatla sanatoryumumuza yatan hastaların anemnezini alırken grip ve tüberküloz hikâyelerini dikkatle araştırdık. Gördükki grip salgınının son aylarına rastlayan Kasım ve Aralık ayları zarfında sanatoryumumuza yatırılan 401 hastanın 160 ında (% 39.5) Asya gribi hikayesi mevcuttur. Bu hastanın grip teşhisi kısmen (109 Hasta) hekimler tarafından kısmende (51 hasta) hastalığın tarifi ile hasta ve tarafımızdan konulmuştur. Bütün bu grip teşhisi alan hastaların hemen hemen yarısından yani

* İ. S. K. Süreyyapaşa İşçi Sanatoryumu çalışmalarından.

85 hasta (% 53.1) da geçirilmiş bir akciğer tüberkülozu antese dan mevcut olmayıp ancak sanatoryumumuza sevkini icap ettiren hastalığın geçirdiği gri bi müteakip tespit edildiği görülmüştür. Asya gri bi ge çirmiş olan 160 hastamızın 52 (% 32.5) ise muhtelif zamanlarda akciğer tüberkülozuna musab olup tedavi görerek stabil duruma geçmiş ve son asya gri bine yakalanıncaya kadar mutad işlerine devam etmiş kimse lerdir. Grip esnasında yapılan muayenelerinde lezyonlarında aktivas yon tespit edildiğinden sanatoryuma yatırılmışlardır. Sanatoryumumuz da akciğer tüberkülozu hesabiyle tedavi görmekte olan hastalarımız ara sında da 23 hastanın gri be tutulmuş olduğunu ayrıca belirtmek isteriz. Bu hastalarımızın grip hesabiyle yükselen ateşleri uzun müddet devam etmiş (Ortalama 2 hafta) ve ahvali umumiyelerine bozukluk sediman tasyonlarında düşme görülmüştür.

Mahdut mikyasta da olsa yukarıda bahsettiğimiz müşahede ve mü elâalar muvacehesinde hakikaten gri bin akciğer tüberkülozu üzerine kö tü tesir ederek bir taraftan latant lezyonların uyanmasına diğ er taraf tan da mevcut lezyonların ilerlemesine sebep olduğu neticesini heyeti alinize arz ederken bilhassa grip epidemileri esnasında karşılaşılan grip vak'alarında daha müteyakız davranımlar azami 5 günü geçen hasta lık hallerinde bir akciğer tüberkülozu evolüsyonu düşmülmesinin has ta ve hastalık bakımından faydalı olacağı lüzumunu belirtmeyi faydalı bulduk.

—oOo—

ANTİBİYOTİK TEDAVİNİN TÜBERKÜLOZ SEMTOMOTOLOJİSİ ÜZERİNE TESİRLERİ

Dr. Ali Necmi BULUTLAR

Son zamanlarda klinisyenler eski fizik tiplere servislerinde pek ras lamadıklarını tekrarlamaktadırlar. Son antibiyotik ilâçlarla tedavide gö rülen iyiliklerin tüberküloz semtomotolojisi ve semiyolojisi üzerine de tesir ettiği gözden kaçmamaktadır. Kliniğe alınan bir hastanın objektif ve subjektif bulgularında çok kısa zamanda hasta lehine bir değişikliğin görüldüğü bir hakikattir. Biz sanatoryumumuzda 100 hasta üzerinde yaptığımız ufak bir çalışma ile hastaların ilk hastalığa tutuluşlarında

hissettikleri semptomları tespit ettik. Sanatoryuma kabullerinde tedavi ye başlamadan evvelki klinik muayene neticelerini de çıkardık. Bu 100 hastanın tedavi süreleri muhtelif olmakla (1 ay ile 1 sene) beraber, bilhassa yeni hastalananların çok büyük bir ekseriyetinde objektif ve sub jektif bulgularda, kısa bir tedavi müteakip ileri derecede bir salah dik kati çekmiştir. Kronikleşen hastalarda basil devam ettiği halde ilk semptomların kaybolduğu buna mukabil fizik bulguların daha sebatkâr ol duğu görülmüştür. Dikkati çeken bir cihette ilk tutuluşta öksürük ve balgam çıkarmanın hemen daima sigaraya ateş ve terlemeninde üşütme ye bağlanmasıdır.

Hastalarda tespit ettiğimiz ilk semptomları şöyle hülâsa edebiliriz. Kanama % 48, öksürük, % 88, balgam çıkarma % 74, gece terleri % 62, zayıflama % 90, halsizlik % 68, iştahsızlık % 80, ateş % 68, disp ne % 18, ağrı % 22. Bu rakamların tetkikinden tedaviye başlanmayan hastalarda bilhassa öksürük, zayıflama, halsizlik, iştahsızlık en çok görülen arazlardır. Kanama % 50 nin altındadır.

Yapılan tetkiklerde ateşin büyük bir kısmının zannedildiği gibi sup febril olmayıp bilâkis yüksek seyretmekte fakat antibakteriel tedavi ile kısa zamanda ateşin düştüğü görülmektedir.

İlk muayenede elde edilen fizik bulgular ise şöyledir. Matite % 80, yaş ral % 74, kuru ral % 20, suflan teneffüs % 28, zorlu ekspiryum, % 14, vibrasyon değişikliği % 20, yüksek sedimantasyon % 92, basil % 96, frotman % 2.

Çalışmamızda hastalar seçilirken bir tercih yapılmıştır o da has taların geliş veya tedavileri esnasında basil tespit edilmiş olmasıdır. Böylece ilk hastalananlarda müsbet basil yüksek sedimantasyon, hasta bölgede matite ve yaş raller başta gelen fizik bulgulardır.

Aynı hastaların tedavi esnasında ki durumları ise şöyledir; ve bu çalışma hastaların tedavileri bitmeden yani taburcu edilmeden yapılmış olup bu bakımdan antibiyotik ilâçların semptomotoloji ve semiyoloji üze rine olan tesirleri daha iyi gösterilmiş olduğunu zannetmekteyiz. Buna göre tedaviye başlanılan ve devam edilen hastalarda kanama % 10, ök sürük, % 26, balgam % 24, terleme % 2, zayıflama % 10, halsizlik % 8, iştahsızlık % 8, ateş % 0, dispne % 26 ya, % 90 olan zayıflama % 10 a, % 88 olan halsizlik % 8, düşmüş olup diğ er semptomlardaki azal malarda aşikârdır.

Fizik bulgulara gelince: bunlarda da antibakteriel tedavi ile aşikâr bir gerileme tespit edilmiştir. Şöyleki: Matite % 56, yaş raller % 50 kuru raller % 16, suflan teneffüs % 26, zorlu ekspiryum % 16, vibras

yon değişiklikleri % 4, sedimantasyon yüksekliği % 36, müsbet basil % 48 dir.

Fizik bulgulardaki azalma ortalama % 50 kadardır, semptomlardaki azalma ise bundan çok daha fazladır. Yani hastalarda fizik bulgular devam ettiği halde, hasta kendisini iyi hissetmekte kendisini rahatsız eden arazlardan kısa zamanda kurtulmuş olmaktadır. Bu ufak çalışma neticesinde günü cesaretle söyleyebilirizki antibiyotik ilaçlar tüberkülozun subjektif ve objektif bulgularında aşikâr değişiklikler yapmakta tam şifa olmadan dahi klinik bir şifa olduğu görülmektedir.

— B — İKİNCİ KISIM

Travayın bu kısmı metod itibariyle anket karakterindedir. Ankete tabi tutulan 328 hastadan nüks dolayısıyla mükerrer yatmakta olan (42) adedinde hastalığın yaşla, meslekle, münasebeti, evvelce tatbik edilmiş tedavinin şekli ve müddeti; bu hastalardaki basil durumu cetveller halinde arz edilmektedir.

CETVEL I : NÜKS ADEDİ

(32) : Ankete dahil vaka
1 ci Nüks : 15
(42) : Nüksler : 2 ci Nüks : 17
3 ü Nüks : 10

(% 12,8) : Nisbet.

CETVEL II : NÜKSLERDE BASİL DURUMU

Nüks vakası olarak yatmakta olan (42) hastada yatışlarında Basil durumu

Basil (—) Menfi, 13 Nisbet : % 31
Basil (+) Müsbet 29 Nisbet : % 69

CETVEL III : NÜKS — YAŞ MÜNASEBETİ

Nüks vakası olarak yatmakta olan (42) hastada yaş durumu

Yaş	16—29	30—39	40 dan fazla
Vaka adedi	17	11	14
Nisbet	% 40,5	% 26,6	% 33,3

CETVEL IV : TEDAVİ MÜDDETİ - NÜKS MÜNASEBETİ

Son nüksden evvelki Evolutif puseinin tedavi müddetleri.

Tedavi Ayları	3 ay	6 ay	9 ay	12 ay	12 aydan fazla
Nüks adedi	22	13	5	1	1
Nisbet	% 52,4	% 31	% 12	% 2,3	% 2,3

CETVEL V : TEDAVİ ŞEKLİ - NÜKS MÜNASEBETİ

Evvelki evolutif puseinin tedavi tarzı.

Tedavi Şekli	STR				
	STR-INH	INH-PAS	ANT-PP	ANT-PX	ANT-Cerrahi
Vaka sayısı	18	6	15	1	2 (Torakoplasti)

CETVEL VI : NÜKSLERDE MESLEK

(Kayıtlarda sadece «işçi» olarak kaydedilenler Non - kalifiye, çalıştığı işyeri, branşı zikredilenler ise Kalifiye sayılmıştır.)

Kalifiye	30
Non - kalifiye	12

CETVEL VII : NÜKSLERDE REZİSTANS

Hastaların (6) sinda Rezistans durumu tesbit edilmiştir. Neticice :

STR. e Rezistans	3
STR. ve INH. a Rezit.	3

—oOo—

GRIP SALGININDAN SONRA GÖRÜLEN NONTÜBERKÜLOZ AKCİĞER LEZYONLARI

Dr. Ragıp ÜNER [*]

Dr. Orhan ÖGER [***]

Dr. Türkân AKYOL [**]

GİRİŞ : — MEVZU VE MAKSAT :

1957 senesi HONG-KONG ve Singapurda başlıyan A tipi enfluenza virüsü varyasyonlarının yaptığı ve Asya gribi epidemisi diye adlandırılan son grip salgını, takriben 1957 senesi Ağustosunun ikinci haftasında memleketimize de sirayet etmiş bulunmaktaydı. Önce Hatay, Urfa, Mardin, G. Antep, Siirt ve Erzurum vilâyetlerinde görülmüş ve daha sonra Trabzon, Van, Isparta ve nihayet Ankara'ya intikâl etmiş ve çok şahıs gribe yakalanmıştı.

Biz de Ankara Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniği olarak bu enfluenza epidemisinin sonunda meydana gelen Nontüberküloz akciğer komplikasyonlarını tetkik ettik.

MATERİYEL VE METOT :

Asya gibi salgının neticesinde Akut akciğer komplikasyonlarının tetkiki için Ankara Verem Savaş Dernek Hastahanesi, Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniği ve 1. No. lu Verem Savaş dispanserine müracaat eden ve yatan hastalar tetkik edildi. Epidemiyi tevlit eden Enfluenza virüsü ve suşları bakteriyolojik ve serolojik olarak izole edilemediği için akut göğüs enfeksiyonlarının post grippal olması teşhisine ancak klinik olarak gidildi. Grip epidemisinin Türkiye'ye girdiği tarihi ortalama olarak 1957 senesi Temmuz başı kabul edildi, bu tarihten itibaren bir sene müddetle yukarıda zikredilen hastahaneler ve 1 numaralı dispanserdeki vak'alar arasındaki nonspesifik akciğer enfeksiyonları toplandı. Bu vak'alar bir sene evvelki akut akciğer enfeksiyonları yekûnu ile kıyaslandı. Böylece 1/7/1956 dan 1/7/1957 ye kadar bir sene-

lik vak'a yekûnu grip epidemisinin Türkiye'de hüküm sürdüğü zamana tekabül eden 1/7/1957 - 1/7/1958 tarihleri arasındaki akut akciğer enfeksiyonları ile mukayese edilmek sureti ile epidemi esnasındaki artma tesbit edildi yine yukarıda zikredildiği gibi enfluenza virüsü hematolojik ve Bakteriyolojik olarak idantifiye edilmemesine rağmen bu mukayese neticesi bize son grip epidemisinin oldukça ehemmiyetli sayılan akciğer komplikasyonuna sebebiyet verdiğini gösterdi.

Tetkiklerimizin neticesi aşağıdaki tablolarda izah edilmiştir. 1/7/1956 - 1/7/1957 tarihleri arasında vak'a adedi :

	Genel müracaat eden	Non Tb. II	Akut Akc Enfeksiyonu
A. V. S. D. Hast.	138	26	1
Göğüs Hast. Kl.	253	36	2
1. No. lu Disp.	8.411	144	16
Genel yekûn	8.802	206	19

1/7/1957 — 1/7/1958 tarihleri arasında vak'a adedi :

	Genel müracaat eden	Non Tb. II	Akut Akc. Enfeksiyonu
A. V. S. D. Hast.	123	30	4
Göğüs Hast. Kl.	287	39	9
1. No. lu Disp.	10.678	276	39
Genel yekûn	11.088	338	102

Tabloların izahına gelince 1956 - 1957 tarihlerinde A.V.S.D. Hastahanesinde 138 hasta yatmış olup nontüberküloz vak'alar arasında bir akut akciğer enfeksiyonu bulunmuştur. Göğüs hastalıkları kliniğinde 2 akut akciğer enfeksiyonu, 1 numaralı dispanserde 16 adet akut akciğer enfeksiyonu tesbit edilmiş, yani 8802 vak'adan 206 nontüberküloz ve bunlar arasında da 16 akut akciğer enfeksiyonu bulunmuştur. O halde epidemiden evvelki bir senelik istatistiklere göre nontüberküloz vak'alar arasında Akut Akciğer Enfeksiyonu nisbeti % 9,2 dir.

[*] Ankara Üniversite Tıp Fakültesi Göğüs Has. Kliniği Doçenti.

[**] Ankara Üniversite Tıp Fakültesi Göğüs Has. Kliniği Müt. Asistanı.

[***] Ankara Veremle Savaş Derneği 1. Numaralı Dispanseri Başhekimli.

İkinci tabloda ise epidemi esnasında A.V.S.D. Hastahanesinde yatan 123 hastadan 30 unda nontüberküloz, bunlar arasında 4, ünde akut akciğer enfeksiyonu bulunmuş Göğüs Hast. Kliniğinde yatan 287 hastadan 32 si non tbc. bunlardan 9 u akut akciğer enfeksiyonu olarak tesbit edilmiş, en çok vak'a tarayan 1. no. lu Verem Savaş dispanserinin 1 senede tetkik ettiği 10678 vak'adan 276 sı nontüberküloz ve bunlar arasında 89 adet akut akciğer enfeksiyonu bulunmuştur. Yekûnu alınırsa grip epidemisi senesinde 11088 vak'ada bulunan 338 nontüberküloz arasında 102 akut akciğer enfeksiyonu tesbit edildiği görülür. O halde epidemi **SENESİNDE AKUT AKCİĞER ENFEKSİYONU % 27 nisbetinde bulunmuştur.**

Bu halde **SON ASYA GRİBİ SALGININDA AKUT AKCİĞER KOMPLİKASYONLARINDA % 17,8 NİSBETİNDE BİR ARTMA KAYDEDİLMİŞTİR.**

Vak'aların münakaşasına gelince: 1956 - 1957 tarihleri arasında tesbit edilen 19 akut akciğer enfeksiyonunun 18. i nonspesifik pnömoni, 1. tanesi nonspesifik hemorajik plörezi olarak bulunmuştur.

1957 - 1958 tarihleri arasında bulunan 102 akut akciğer enfeksiyonu vak'asının ise 93 tanesi nonspesifik akut pnömopati 4 tanesi nonspesifik akut plevra ampiyemi, 4 tanesi nonspesifik akut hemorajik plörezi ve 1 tanesi akut akciğer apsesi olarak bulunmuştur. Grip sonucu en çok görülen komplikasyon pnömonidir, % 3,9 nisbetinde ise akut akciğer ampiyemi, % 0,9 akut akciğer apsesi tesbit edilmiştir.

Grip sonucu en çok görülen komplikasyon pnömonidir. Bunlardan 86 tanesi dispanser kontrolü altında evlerinde tedavi edilmiş, ancak 7 tanesi klinikte yatırılmıştır. Vak'alardan hepsinin anamnezinde ortalama 3 gün devam eden bir yüksek ateşten sonra bir iki günlük kısmi bir iyilik devrini takiben hastalarda yine yüksek ateş, sırt ağrısı, öksürük, % 71 vak'ada epistaksis, % 12 vak'ada hemoptizi ve % 8 inde ileri derecede kollopsla pnömoni başlamıştır. Vak'aların bir kısmında hastalığın başında ileri derecede dispne ve siyanoz görülmüştür. Hepsi yatak istirahatinde uygun antibiotik (penisilin, akromisin, tetracin gibi) ve semptomatik ilaç tedavisine tâbi tutulmuştur. Klinikte yatırılarak tedavi edilen ve hastalığı ağır bir kollopsla başlayan bir pnömonili hastamız bütün tedaviye rağmen kaybedilmiştir. Plörezilerin hepsi akut başlangıçlı ve hemorajik vasıfta olup, plevra mayilerinin müteaddit Bk teksif ve kültür muayenelerinde tüberküloz basili tesbit edilmemiş ve vak'aların 4 ü kısa zamanda ve tam rezorpsiyonla neticelenmiştir.

Akciğer ampiyemlerine gelince: Vak'aların 3 ünde hastalık çok akut başlangıçlı idi, hastalar yüksek ateş, siyanoz, şiddetli yan ağrısı ve ile-

ri derecede düşkün durumda kliniğe getirildiler. Vak'aların 3 ünde akciğerin zirvesine kadar tek taraflı mayi toplandığı görüldü, alınan plevra mayii koyu sarı yeşilimsi renkte ve ampiyem vasfında idi. Bakteriyolojik tetkikte 3 vak'ada hemolitik streptokoklar, stafilokok, friedländer ve pyosiyaneus basili üredi, bunlar cerrahi drenaj ve mikropların hassas olduğu antibiotik tedavisine tabi tutuldular. 1 vak'ada hastalık daha az gürültülü başlamıştı, ampiyem mayii solda 4. üncü kot'a kadar yükseliyordu. Drenaj yapılmaksızın gün aşırı tahliye ve antibiotik tedavisi altında kısa zamanda rezorpsiyon vuku buldu ve bu vak'adan plevra mayiinden patojen bakteri üretilmedi. Ampiyem vak'alarının hepsi de ortalama üç aylık bir hastahane ve sık sık yaptırılan hassasiyet testlerine göre uygun antibakteriyel tedavisi altında salâhla neticelendiler, iki vak'ada oldukça geniş plevra yapışıklığı sekel olarak kaldı. Vak'aların biri de akut akciğer apsesi idi. Hastanın hikâyesinde 2-3 gün süren ileri sırt ve mafsallı ağrıları ile başlayan ateşli bir üst teneffüs enfeksiyonu vardı. İlk gören hekimin enflüenza teşhisi koyduğu bu hastalığı takiben yüksek ve bacaklı ateş, bol ve kokulu balgam şikâyetleriyle yatırılmıştı, bronş lavajında ve balgamda streptokoküs viridans hemolitik streptokoklar ve pyocyanus basili üredi. Uygun antibakteriyel tedavi altında apse temizlendi ve küçük bir apse kavitesi kaldı. O halde post grippal akut akciğer komplikasyonları selim seyretmiş, bir pnömonopathi vak'asında (akut kollapsla başlayan) ölüm kaydedilmiş olup, mortalite % 1.2 bulunmuştur.

Şu halde 1957 senesi Asya gribi epidemisinin esnasında 11.088 vak'ada % 17,8 nisbetinde tesbit edilen akut akciğer komplikasyonları oldukça önemli görülmektedir. Bu vesile ile 1957 Asya gribi virüsü, hastalığın kliniği, hususiyetleri, korunma ve tedavisi hususunda kısaca temas etmeyi uygun gördük.

—oOo—

TONSİLLEKTOMİLERDE TÜBERKÜLOZ NİSBETİ

Dr. Nusret KARASU

Dr. Muharrem KÖKSAL

Dr. Bahattin ÇETİN

Dr. Aral GÜRSEL

Memleketimizde bilhassa çocukluk yaşlarında tonsilla enfeksiyonları çok görülmektedir. Bu enfeksiyonlarda tüberkülozun rolünün ne olduğunu anlamak maksadı ile tonsillektomilerde gerek anatomo - patolojik ve gerekse Bakteriyolojik olarak yaptığımız bir çalışmayı arz edeceğiz.

Araştırmalarımızı Ankara Tıp Fakültesi K.B.B. kliniği ile Gülhane Askeri Tıp Akademisi K.B.B. kliniğinde Tonsillektomi endikasyonu konularak yatan ve ayaktan müdahale edilen 100 Tonsillektomi vakasında yaptık.

Tonsillektomi yapılacaklarda şu hususları aradık.

- 1 — Tüberküloz bakımından dispanserlerde ve kliniğimizden radyolojik ve tüberkülin cild testleri ile tarandı.
- 2 — Çıkarılan tonsillalar (sağ ve sol) steriliteye riayet edilerek ortalarından iki kısma bölünerek ayrı iki steril tüpe kondu biri bakteriyolojik diğeri histopatolojik tetkike tabi tutuldu.
- 3 — Bakteriyolojik olarak her vaka için kontrollü kültür ve hayvan zerkleri yapılarak tüberküloz basili.
- 4 — Histopatolojik tetkik için de her iki tonsilla parçasından aralık olarak 10 ar preparat hazırlanarak bunlarda tüberküloz granülasyon dokusu arandı.

Vakalarımız ve Bulgularımız :

Vakalarımızın 43 ü erkek, 57 si kadın olup bunların ekserisini (cetvel 1 de görüldüğü gibi) 6-10 yaşları arasındaki ilk okul çocukları teşkil etmektedir. Ayrıca vakalarımızda tonsillaların drene oldukları boyun lenf ganglionlarında büyüme mevcut olup olmadığı da araştırılmış-

tır. 22 vakada tek ve iki taraflı mikro adenopati, 2 vakada tek taraflı fındık ve ceviz büyüklüğüne varan adenopati olmak üzere 24 vakada (% 24 adenopati tesbit edildi (cetvel 2) 100 vakadan 60 ında tüberkülin testi radyolojik akciğer taraması yapılabildi bunlardan % 51,7 inde tüberkülin müsbet bulundu (cetvel 3). Ayrıca adenopati gösteren vakalardan 20 sinde yaşa göre tüberkülin reaksiyonunun ne olduğunu araştırdık (cetvel 4) bu cetvelde görüldüğü gibi çocuk yaşlarındaki adenopatilerin büyük bir kısmında tüberkülin cild testi menfi bulunmuştur ki buda memleketimizde bu yaşlarda çok görülen adenopatilerin nonspesifik olmasını göstermesi bakımından önemli olduğu kanaatındayız. Radyolojik olarak akciğer tetkiki yapılan 60 vakadan birinde akciğerde hiler adenopati tespit edildi buna göre vakalarımızda % 1,8 kapalı tüberküloz mevcuttu bu vakanın tonsillalarında bakteriyolojik ve histolojik tüberküloz tespit edilemedi. Vakalarımızda yapılan histolojik muayenede hiç bir tonsillada tüberküloz granülasyon dokusu tespit edilemedi. Ancak histopatolojik tetkikte % 31 vakada akut tonsillitis, % 54 vakada kronik tonsillitis ve % 15 vakada tonsilla hiperplazisi tespit edildi (cetvel 5) bu şemada görüldüğü gibi 5 yaşına kadar olanlarda tonsilla hiperplazisi, 20 yaşından sonrada kronik tonsillitisler çok müşahade edilmektedir.

Vakalarımızda yapılan bakteriyolojik muayenede, her vakada yapılan kontrollü (4 er) kültür tüberküloz basili ürememiştir. Aynı zamanda bu vakalarda yapılan kontrollü (2 şer) kobay zerk sonunda 28 kobayda zerk yerine bağı lenf ganglionlarında büyüme görüldüğünden bu ganglionlardan tekrar kültür yapıldı.

Neticede 546 numaralı kobayın büyüyen ganglionlarından yapılan kültürlerde 40 gün sonra patojen tüberküloz basili üretilmiştir (Lab. No: 4736). Bu kobayın kontrol eşi zerkten 38 gün sonra kendiliğinden (beş günlük bayram tatilinde) öldüğünden kontrolü yapılamamıştır.

Tüberküloz basili tespit edilen vakanın müşahadesi.

E.S. (prot. No: 275) 8 yaşında Ankaralı ilk okul öğrencisi 2 seneden beri sık sık ateş ve tonsilla iltihabından şikâyetçi bu arada sol çene altında ve boyunda lenfganglionları şişmiş, tonsillitis teşhisile sıklıkla husule gelen nüküslerde çeşitli antibiyotikler kullanmış, boyunda ve çene altında büyüyen ganglionlar bu müddet içinde daima şiş kalmış, boğaz şikâyetlerinin geçmemesi üzerine tonsillektomiye karar verilmiştir. Ailede ve etrafında tüberküloz tespit edilemedi (dispanser muayenesinde).

Klinik muayenede, sol tonsilla sağa nazaran iki misli büyüklükte, hiperemik, sol çene altında bir adet fındık cesametinde etrafında yapışık

ve ağırlı bu taraf boyunda daha büyük iki adet lenf ganglionu ele geliyor. Tüberkülin cilt reaksiyonu müsbet, B.C.G. aşısı yapılmamış, akciğer radyogramı normal, tonsillaların histolojik muayenesinde (biyopsi No : 175) lenfoid dokuda aşikâr bir hiperplazi, ödem ile birlikte hiperemi, bazı noktalarda dokunun dağıldığı ve yerine serbest eksüda topluluklarına terk ettiği görülmüştür.

(Bu vakada hazırlanan tonsilla parçalarının tamamından yeniden çok miktarda kesitler yapılarak histolojik olarak tekrar kontrol edilmiş olup aşikâr tüberküloz granülasyon dokusu tespit edilememiştir.)

Bu vakada histolojik olarak tüberküloz granülasyonunun bulunmaması tonsillada tüberküloz olmadığını reddetmez çünkü bakteriyolojik muayeneye gönderilen inokülasyon ve kültürle tüberküloz basili üretilen tonsilla parçasında tüberküloz nescinin tamamının gittiği ihtimali üzerinde duruldu. Vakamızın radyolojik tetkikinde, akciğerlerin normal olması, tüberkülin cilt testinin müsbet bulunması ve hastanın müşahadesine göre 2 senedir kronik tonsilla şikâyetleri, sol tonsillada aşikâr hipertrofi ve bu taraf lenf ganglionlarında büyüklüğün bulunması ve bakteriyolojik olarak tüberküloz basili tesbit ettiğimiz bu vakayı primer tonsilla tüberkülozu olarak kabul ettik. Bu vakayı tonsillektomiden 3 ay sonra tekrar kontrol ettiğimizde, hastanın tonsillektomiden sonra hiç sir boğaz şikâyet ve ateşi olmamış, aynı zamanda hipertrofik olan lenf ganglionlarının çok küçülmüş olduğunu müşahade ettik. (H. Vetter, E. Schnyder, Kurt graf, G. Hasler, Weder) gibi müellifler tüberküloz adenopatilerinde tonsillektomilerden sonra ileri derecede küçülme olduğunu işaret etmektedirler. Hastanın ailesi muvafakat etmediğinden servikal lenf ganglionlarından biyopsi yapılamamıştır. 100 tonsillektomi vakasında bir primer tonsilla tüberkülozu tespit ettiğimiz bu vakaya göre, tonsillektomilerde tüberküloz nisbetini % 1 bulduk, bu da bize tonsillaların primer enfeksiyon lokalizasyonunda unutulmamasının icap ettiğini gösteriyor. Tecrit ettiğimiz basil süşunun izoniazide ve streptomycin'e karşı rezistans durumunu araştırdık ve izoniazide 0,1 mikrogramda, streptomycin'e de 5 mikrogramda rezistan olduğunu bulduk. Bu kesafetteki mukavemetler izoniazid ve streptomycin için hudut kabul edildiğinden bu vaka antibakteriyel tedaviden istifade edecek demektir. Tecrit ettiğimiz süşun tipini tayin için kontrollü olarak tavşan ve tekrar kobay zerki yaptık. 60 gün sonraki otopsilerde tavşanlarda hiç bir tüberküloz lezyonu tespit edilemedi kobayların her ikisinde jeneralize tüberküloz tespit edildi, bu duruma göre vakalarımızdaki basil süşu Tipus Humanustur.

NETİCE :

Tonsillada tüberküloz nisbetini araştırmak maksadile, 100 tonsillektomi vakasında yaptığımız bakteriyolojik ve histopatolojik araştırma neticesi bir vakada primer tonsilla tüberkülozu tespit ettik ki vakalarımıza göre nisbet %1 dir.

Vakamızdaki basil süşunu tipus humanus olarak tespit ettik, bu süş izoniazide 0,1 mikrogramda ve streptomycin'e 5 mikrogramda rezistan idi.

Vakalarımızda % 24 nisbetinde servikal adenopati müşahade edildi ancak tonsilla tüberkülozu tesbit ettiğimiz vakamızdaki adenopati hariç diğerleri tonsillaların nonspesifik enfeksiyonuna bağlı basit adenopatiler idi, çünkü bu adenopatilerde yapılan tüberkülin cilt testinin büyük bir kısmı menfi olarak bulunmuştur. Bu bize memleketimizde çocukluk yaşlarında çok müşahade ettiğimiz servikal adenopatilerin büyük bir kısmının nonspesifik tabiatli olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Tonsillalarda tüberküloz lezyonu azda olsa mevcut olduğu fakat ekseriya teşhis edilmeden tonsillektomi yapılmaktadır ve bu endikasyon neticesinin müsait olabileceğini vakamızdaki müşahademize dayanarak söyleyebiliriz. Keza bugünkü antibakteriyellerin tesiri ile tonsilla tüberkülozunun çok müsait seyrettiği bu sebeble tonsilla tüberkülozu teşhisi konulacak vakalarda kombine antibakteriyel tedavi altında tonsillektomi endikasyonun mümkün olacağı kanaatindeyiz.

Y a ş	C İ N S		Yekûn
	Erkek	Kadın	
4 - 5	3	3	6
6 - 10	24	25	49
11 - 15	2	12	14
16 - 20	3	10	13
21 - 25	6	3	9
26 - 30	1	3	4
31 den yukarı	4	1	5
Y e k û n	43	57	100

(Şema : 1)
Tonsillektomi vakalarının cins ve yaşa göre durumları

Y a ş	Tonsillektomi adet	TÜBERKÜLİN		Tüberkülin tatbik edilenlerin toplamı	Tüberkülin tatbik edilenlerin müsbetlik %
		Müsbet	Menfi		
4 - 5	6	—	3	5	0,0
6 - 10	49	8	18	26	30,8
11 - 15	14	4	5	9	44,4
16 - 20	13	4	1	5	80,0
21 - 25	9	7	—	7	100,0
26 - 30	4	3	—	3	100,0
31 yukarı	5	5	—	5	100,0
Yekûn	100	31	29	60	% 51,7

(Şema : 3)
Tüberkülin cild testi (Mantoux) yapılabilen Tonsillektomi vakalarında yaşa göre tüberkülin reaksiyonu nisbeti

Yaş	Yapılan tonsillektomi adedi	ADENOPATİ ADEDİ				Adenopati yekûnu	Tonsillektomiye göre adenopati nisbeti %
		Mikro-Adenopati		Makro-Adenopati			
		İki taraf	Tek taraf	İki taraf	Tek taraf		
4 - 5	6	2	—	—	—	2	33,3
6 - 10	49	9	1	—	2	12	24,5
11 - 15	14	3	—	—	—	3	21,4
16 - 20	13	1	—	—	1	2	15,3
21 - 25	9	1	—	—	—	1	11,1
26 - 30	4	1	1	—	—	2	50,0
31 yukarı	5	1	—	—	1	2	40,0
Yekûn	100	18	2	—	4	24	% 24,0

(Şema : 2)
Tonsillektomi vakalarında boyunda Adenopati nisbeti

Y a ş	Adenopati adedi	Tüberkülin yapılanlar	TÜBERKÜLİN		Tüberkülin yapılanlarda müsbetlik %
			Müsbet	Menfi	
4 - 5	2	2	—	2	0,0
6 - 10	12	8	2	6	25,0
11 - 15	3	3	1	2	33,3
16 - 20	2	2	2	—	100,0
21 - 25	1	1	1	—	100,0
26 - 30	2	2	2	—	100,0
31 den yukarı	2	2	2	—	100,0
Yekûn	24	20	10	10	% 50,0

(Şema : 4)
Tüberkülin cild testi yapılabilen Adenopatilerde yaşa göre tüberkülin reaksiyonu nisbeti

Y a ş	Tonsil- lektomi adedi	Akut Tonsillitis		Kronik Tonsillitis		Hiperplazi		Tüberküloz	
		Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%
4 - 5	6	1	16,7	1	16,7	4	66,4	—	—
6 - 10	49	21	42,8	20	40,1	8	16,1	—	—
11 - 15	14	3	21,4	9	64,2	2	14,2	—	—
16 - 20	13	4	30,7	9	69,3	—	—	—	—
21 - 25	9	2	22,2	7	77,8	—	—	—	—
26 - 30	4	—	—	4	100,0	—	—	—	—
31 yukarı	5	—	—	4	80,0	1	20,0	—	—

(Şema : 5)

Tonsillektomi vak'alarında yaşa göre tesbit edilen histolojik bulgular ve nisbetleri

—oOo—

TECRÜBİ KOBAY TÜBERKÜLOZUNDA KORTİZONUN ANTİBAKTERİYELLERLE (SM. PAS. İNH) BİRLİKTE VE MÜNFERİDEN TESİRLERİ

Dr. Aral GÜRSEL — Dr. Ragıp ÜNER — Dr. Hilmi GÜRSES

İodure de Potasium'un tecrübi kobay tüberkülozundaki tesirlerini tesbit ettikten sonra (1) vasküler tonüs'ün iyi muhafazası ve nesic harabiyetini geçiktirerek iltihabi proses'i azaltan ve lokalizasyonlara mani olduğu bildirilen Kortizon ve Kortikotrop hormonların, tecrübi kobay tüberkülozundaki tesirleri üzerinde durmayı uygun gördük. Bundan evvel içimizden birinin de dahil bulunduğu bir araştırmada (2) Kortizon'un virulansı azalmış İzoniazido rezistan mykoobakteriler ile husule getirilmiş tecrübi kobay tüberkülozunun seyri üzerinde organizmanın mukavemetini azaltarak zararlı tesir icra ettiği müşahade edilmiştir.

Ebert (3) kortizonun tüberküloz enfeksiyonuna karşı bilhassa hypersensibilize edilmiş tavşanlarda kantitatif olarak inflamasyon reaksiyonunu azalttığını ve husule gelen iltihabi proses'in üç ayrı şekil arz ettiğini bildirmiştir. Ebert'e göre kortizon almış tecrübi tüberkülozlu hayvanlarda endotelium'a fazla dokunulmadığından, lökositler diapedez azalmakta ve dolayısı ile eksudat da daha az husule gelmektedir.

Dye, Hobby, Middlebrook, Princi ve Youmans (4) ise tecrübi tüberkülozlu hayvanlara verilen kortizon veya kortikotrop hormonların tesiri hayvan nev'ine ve tecrübe şartına göre değişmektedir.

Müelliflere göre hormon, bilhassa tüberküloz basilleri ile hassaslaştırılmış nesiclerde, lenf yollarına tesir ederek, iltihabi tezahürü azalttığı, fakat in vitro olarak tüberküloz basili üzerine tesir etmemektedir.

Lane, Clarke ve Holmes (5) in yapmış oldukları araştırmalarda, sürrenal endojen hormonlar, tüberküloz hypererjeri fenomeni üzerine tesir etmekte ve hyperkortisisme negatif cilt reaksiyonları ile paralel gitmeye meyyaldir.

Morgan, Wanzer ve Smith (6) e göre kortizon yüksek dozlarda ve yalnız başına kullanıldığı zaman, hayvanlar mutlak surette ölmektedir. Kortizon daima streptomycin veya başka bir antibiotikle birlikte kullanılmaktadır.

Bacos ve Smith (7) ise kortizon ve kortikotrop hormonların hayvanların mukavemetini kırmadığını, ve bilhassa streptomycin ile birlikte, emniyetle kullanılabileceğini bildirmişlerdir.

Cummings, Hudgins, Whorton ve Scheldon (8) albinos sıçanlar üzerinde yapmış oldukları tecrübeler göre, kortizon terapeutik streptomycin dozları ile birlikte, hayvanı ölümden korumakta isede, akciğer, dalak ve karaciğerde lezyonların teşekkülüne mani olamamaktadır.

Hormonların tüberküloz prosesini azalttığına dair iddialar üzerine Le Maistre ve Tompsett (9) in yapmış oldukları tecrübelerde bu husus isbat edilememiştir.

Spain ve Molomut (10) a göre ise kortizon almış hayvanlarda lezyonlar daha geniş ve daha muntazam dağılmış olduğu gibi, şahitlere nisbetle daha az lokalize olarak bulunmuştur.

Weimer, Boak, Bogen, Drusch, Miller, Moskin ve Carpenter (11) in muhtelif değişik kortizon ve ACTH dozları ile yapmış oldukları tecrübelerde, lezyon genişliği bakımından bu iki hormon arasında bir fark görülmediği bildirilmiş olduğu gibi, hayvanlarda oldukça bariz bir cilt hassasiyetinin husule geldiğini de bildirmişlerdir.

Bütün bu yukarıki hususlar nazarı itibara alınarak lâboratuvarımızda kortizonun antibakteriyellerle birlikte husule getirmiş olduğu tesirleri araştırdık.

METERİYEL VE METOD

Bu hususların tetkiki için 100 kobay alınarak (birinci grup müstesna) H₇ Rv suşu ile enfekte edildi ve ertesi günden itibaren bu hayvanlara bir taraftan, gruplara göre, antibakteriyeller, diğer taraftan da kortizon ve kortizon + antibakteriyel assosiyasyonu ile tedaviye başlanılmıştır.

Tecrübelerimiz aşağıdaki şekilde şematize edilebilir:

- | | | |
|------|-------|---|
| Grup | I — | Enfekte edilmemiş kontrol |
| Grup | II — | H ₇ Rv ile enfekte edilmiş kontrol |
| Grup | III — | H ₇ Rv enfeksiyonu + streptomycin |
| Grup | IV — | » » + kortizon |
| Grup | V — | » » + Streptomycin + kortizon |

- | | | |
|------|--------|-------------------------------------|
| Grup | VI — | H ₇ Rv enfeksiyonu + PAS |
| Grup | VII — | » » + PAS + kortizon |
| Grup | VIII — | » » + İNH |
| Grup | IX — | » » + İNH + kortizon |
| Grup | X — | » » + kortizon + İodure de Potas. |

Şemadan da görüldüğü üzere bir evvelki tecrübeye (1) kullanmış olduğumuz İodure de Potassium'un tesirini kortizonla birlikte görebilmek üzere, tecrübelerimize birde Kortizon + İodure de Potassium grubu ilâve ettik. Aynen bir evvelki tecrübemizde olduğu gibi (1), burada streptomycin 20 mgr. olarak, PAS 12 mgr. olarak, zerk suretile, İNH, Kortizon ve İodure de Potassium ise hayvanlara yemlerine karıştırarak verilmiştir. Beher kobay başına 6 mgr. İNH, 30 mgr. İodure de Potassium ve 0,3 mgr. kortizon hesab edilerek verilmiştir.

Tecrübelerimiz 3 ay müddetle devam etmiş ve ikinci ay sonunda her gruptan ikişer kobay ve üçüncü ay sonunda da bütün kobaylar öldürülerek lezyon müşahedeleri alınmıştır.

NETİCELERİMİZ

Yukarılarda arz edilen hususlar dahilinde beher grup için 10 kobay kullanarak yapmış olduğumuz tecrübelerden alınan neticeler aşağılarda arz edilmiştir:

Grup I — Bu grup bir evvelki tecrübeye olduğu gibi (1) enfekte edilmemiş kobaylardan müteşekkildir. Bu grupta tecrübe müddetinde hiç ölüm husule gelmemiştir. Sakrifikasyonlarda da tabiyatı en ufak bir lezyon görülmemiştir. Bu grup normal bulunabilecek hayvanların mukayesesi için kullanılmıştır.

Grup II — H₇ Rv ile enfekte edilip, hiç bir muameleye tabi tutulmaksızın kontrol olarak bırakılan gruptur. 10 kobaydan ibaret olan bu gruptaki hayvanlarda gerek erken ölümlerde ve gerekse sakrifikasyonlarda jeneralize tüberküloz oldukları müşahade edilmiştir. Bu grup normal jeneralizasyonla kortizon ve antibakteriyeller gruplarında görülecek lezyonların mukayesesi için kullanılmıştır.

Grup III H₇ Rv ile enfekte edilip streptomycin ile tedavi edilen grubumuzu teşkil etmiştir. Buradada herhangi erken bir ölüm görülmemiş ve aynen İodure de Potassium tecrübesinde (1) olduğu gibi sak-

rifikasyondan sonra hayvanların dört adedi tamamen normal olarak bulunmuş, dört adedinde lezyonlar yalnız iliakal bezlerde münhasır kalmış, iki adedinde de dalak da kısmen afetzede olup diğer azalar normal olarak kalmıştır. Müşahedeler sonunda varılan kanaat şudur ki streptomycin yalnız başına profilaktik bir rol oynamıyorsa da, lezyonların husulünü çok geçiktirmektedir.

Grup IV — H₂ Rv suşu ile enfekte edilip kortizon tedavisine tabi tutulan hayvanlar grubudur. Daha yukarılarda da arz etmiş olduğumuz veçhile kortizon hormonu hayvanlara zerk edilmeyip yemlerine karıştırılarak verilmiştir. Zayıf mevzu bahis olmayıp, bütün hayvanların aynı nisbette hormon alıp almadıkları tayin edilemez vaziyettedir. Bu grupta zamanından evvel üç ölüm vak'ası var isede, bunların bir adedi bir buçuk ay tedaviden sonra, iki adedi de iki aylık devreden sonra vuku bulmuştur. Birincisi zaafiyetten diğer ikisi ise tüberküloz enfeksiyonundan ölmüşlerdir. Bunlarda gerek iliakal, gerekse dalak ve karaciğerde müntesir vaziyette tüberküloz mihrakları müşahade edilmiştir. Tecrübenin ikinci ayı sonunda sakrifiye edilen iki kobay ancak biraz evvel izah edilenlerin vaziyette idiler.

Tecrübe sonunda sakrifiye edilen 5 adet kobayın tamamen jeneralize tüberküloz oldukları müşahade edilmiştir. Bunlardaki dalak ve karaciğer lezyonlarında lokalizasyonlar görülmeyip yaygın bir tüberküloz müşahade edilmiştir. Bu vaziyete göre kortizon yalnız başına tüberküloz enfeksiyonunun jeneralizasyonuna olamamakta olduğu gibi, herhangi bir tedavi kıymeti de yoktur.

Grup V — H₂ Rv suşu ile enfekte ve hem streptomycin ve hem de kortizon ile müşterek olarak tedavi edilen gruptur. Bu grupta zamanından evvel 2 ölüm vak'ası görülmüş ve bunların bilhassa lenf ukdelerinde büyümeler müşahade edilmiştir. 2 nci ayda sakrifiye edilen iki kobaydan bir tanesinde lezyonların gerek lenf ukdelerine ve gerekse dalak ve karaciğere kısmen yayıldığı müşahade edilmiş, bir tanesinde ise yalnız iliakal bezler büyümüş olarak bulunmuştur. Tecrübe sonunda sakrifiye edilen altı kobayın vaziyetine gelince fazla bir yayım görülmemekle beraber, bütün hayvanların iliakal bezlerinin büyümüş ve kazeifiye olmuş olduğu ve beş tanesinde lezyonların dalağa da geçmiş olduğu görülmüştür. Buna göre hayvanlar ölümden korunmuş isede, enfeksiyonun yayılmasına mani olunamamıştır.

Grup VI — H₂ Rv ile enfekte edildikten sonra yalnız PAS ile tedavi edilen hayvanlardır. Bunlardaki enfeksiyon yayımı oldukça barizdir. Jeneralizasyonlar onda dört olmasına rağmen, tedavi müddeti uzadığında aynen iodure de potassium tecrübesinde olduğu gibi bir nisbet

bir gerileme görülmüştür. Çünkü üç aylık devre sonunda sakrifiye edilen kobaylarda jeneralizasyonlar bulunmayıp, enfeksiyon muayyen organlarda lokalize olarak görülmüştür. Yayımın lenf yolları ile husule geldiği bariz olarak görülmektedir. Zira lokalizasyonlar bilhassa lenf ganglionlarına inhisar etmektedir. İyi bir bakteriostatik olmasına rağmen, profilaktik herhangi bir tesir göstermediği hemen göze çarpmaktadır.

Grup VII — Enfeksiyondan sonra PAS ve Kortizon ile müşterek tedaviye tabi tutulan gruptur. Hiç bir erken ölüm görülmemiştir. İki ay sonra sakrifiye edilen hayvanların lenf ukdelerinde minimal lezyonlar görülmüştür. Tecrübe sonunda sakrifiye edilenlerde ise yalnız lenf sistemine ve kısmen dalağa inhisar eden lezyonlar müşahade edilmiştir. Bu vaziyete göre PAS ile iştirâk ettirilen kortizon grubunda, streptomycin ile müşterek olamına nisbetle lezyonlar nispeten daha mütebarizdir. Yayınlar mahdud, jeneralizasyon ise hiç görülmemektedir. Tecrübe müddetince ölüm vuku'u olmadığından, kortizon + PAS iştirâkı jeneralizasyon ve ölümü geçiktirmektedir.

Grup VIII — H₂ Rv suşu ile enfekte ve İzoniazid ile tedavi edilen grubu teşkil etmektedir. Bu grupta da erken ölüm olmadığı gibi, ne iki ay sonra ve ne de üç ay sonra yapılan sakrifikasyonlarda herhangi bir lokalizasyon veya yayım görülmemiştir. Hayvanlar ancak enfekte edilememiş grup hayvanları ile mukayese edilebilmektedir. Buna göre İzoniazid tecrübi tüberkülozda major bir ilaç olup hayvanları % 100 koruduğundan aynı zamanda ideal bir profilaktikdir.

Grup IX — Enfekte edilip kortizon ve İzoniazid ile tedavi edilenler grubudur. 52 gün tedaviden sonra bir ölüm vuku bulmuştur. Kadavra tefessüh etmiş bulunduğundan iyice tetkik edilememiştir. Yapılan sakrifikasyonlarda ise iki ay sonrakilerin iliakal bezlerinde hafif büyümeler müşahade edilmiş isede, 3 ay sonra sakrifiye edilenler tamamen normal bulunmuştur.

Grup X — Tecrübelerimizi antibakteriyellerle yapmış olduğumuz gibi, bir evvelki tecrübelerimizden almış olduğumuz cesaret verici neticeler (1) bizi kortonu iodure de potassium ile iştirâk ettirmeye de sevk etmiştir. Bu grup enfeksiyondan sonra kortizon + iodure de potassium ile tedavi edilen hayvanlar grubunu teşkil etmektedir. Fakat almış olduğumuz neticeler hiç te cesaret verici değildir, çünkü daha 54 ci gündən başlayarak 50 nci güne kadar kobaylarımızın dördü ölmüştür. Yapılan otopsi ve tetkiklerinde ise jeneralize tüberküloz oldukları görülmüştür. Geri kalan altı kobayımızda gerek iki ay sonra sakrifiye edilenler ve gerekse tecrübe sonuna kadar yaşayanlar tamamen jeneralize ve mih-

raklarının da son derece yaygın olduğu müşahade edilmiştir. İodure de potassium'un streptomycin ve PAS ile sinerjik bir aktivite husule getirmesine mukabil, kortizonla herhangi bir tesir göstermemiş olduğu gibi, adeta mykobakterilerin daha iyi yayılmasına yardım etmiş vaziyettedir.

M Ü N A K A Ş A

İodure de Potassium'un tecrübi tüberkülozda lezyonların husulüne mani olamamakla beraber, bunları geçiktirdiğini gördükten sonra (1) aynı tecrübeleri kortizon hormonu ile de yapmayı faydalı bulmuştuk. Çünkü literatüre göre kortizon vena ve arterioların endotelinerine fazla dokunmadığından lökositler diapedezi azaltmakta ve dolayısı ile eksudatlar da azalmaktadır. Ensise harabiyetini geçiktirdiğinden iltihabi proses azalmakta ve lokalizasyonlara karşı bir mani teşkil etmektedir denilmektedir. Hakikaten bilhassa yalnız başına ve iodure de potassium ile birlikte kullanıldığında bu husus bariz olarak göze çarpmaktadır. Çünkü hayvanlarda müşahade edilen lezyonlar, bilhassa dalak ve karaciğerde teşekkül edenlerde tahdit edilmiş kısımlar görülmeyip, daima yaygın bir vaziyet arz etmektedir.

Canada, Carr, Ebert ve arkadaşları (12) kortizon ve kortikotrop hormonların tüberküloz enfeksiyonları üzerine tesirleri hakkında Trudeau Society de toplamış oldukları malûmata göre klinik olarak 63 vak'adan 31 de aleyhte, 10 da lehte, 22 de de şüpheli bir vaziyet görmüşlerdir. Otopsi neticesi olarak kıymetlendirmiş oldukları 18 vak'adan 18 ninde aleyhte, yalnız üç tanesinde vaziyet biraz şüphe ile karşılanmıştır. Tam lehte hiç bir vak'a bulamamışlardır.

Dye, Hobby, Middlebrook, Princi, Youmans ve Steenken (4) göre hormonlar tüberküloz basiline in vitro olarak tesir etmedikleri gibi, in vivo olarak da birçok defa lezyonları aktivite etmektedir. Biz tecrübelerimizde aktivasyonu bilhassa iodure de potassium ile birlikte kullandığımızda daha bariz olarak müşahade etmiş bulunuyoruz.

Morgan, Wanzer ve Smith (6) ın tavşanlar üzerinde pülmoner tüberküloz tevlit ettirip kortizonun tesirini araştırdıklarında, yalnız başına kullanılamayacağını, fakat streptomycin ile birlikte kullanıldığında müessir olduğunu bildirmişlerdir.

Tecrübelerimizde de bu husus bariz olmakla beraber, biz kortizonu PAS ve İzoniazidle de iştirâk ettirmiş bulunuyoruz. PAS ile iştirâkinde, streptomycin ile iştirâkindekine nisbetle lezyonların daha mütebariz ol-

malarına rağmen, gene de mahdud kalmakta ve jeneralizasyon husule gelmemekte olduğu gibi ölümü de çok geciktirmektedir.

İzoniazid ile iştirâk ise hayvanlarda en ufak lezyonlar dahi teşekkül etmemekte ve tamamen normal olarak kalmaktadırlar. Bu vaziyet yalnız İzoniazid le yapılan tedavide de aynen görülüyorsa da, İzoniazid ile birlikte verildiğinde fuayeleri aktive etmemektedir.

Bacoe ve Smith (7) ise kortikotrop hormonların sansibilize edilmiş hayvanlarda mukavemeti kırmadığını ve streptomycin ile birlikte emniyetle kullanılabileceğini bildirmişlerdir. Bizde İzoniazid ile birlikte daha da emniyetle kullanılabileceğini ispat etmiş bulunuyoruz.

Cumming ve arkadaşları (8) na göre terapeutik streptomycin dozları hayvanları korumakta olduğu halde akciğer, dalak ve karaciğerde lezyonların teşekkülüne mani olamamaktadır. Tücrübelerimiz aynı hususu açık olarak göstermiş ve aynı zamanda ölümü de geçiktirdiğini ispat etmiştir. Fakat aynen La Maistre ve Tompsett (9) in de dediği gibi proses'in fazlalığı ispat edilememiş olmasına rağmen Spain ve Molomut (10) un bildirdikleri aynen müşahade edilmiştir. Çünkü bu araştırmalara göre kortizon alan hayvanlarda lezyonlar daha extensif, daha muntazam dağılmış ve daha az lokalize olarak bulunmaktadır.

Cortizonla İodure de Potassium'un beraber kullanıldığına dair bir literatüre tesadüf edemedik isede, bu iki ilâcın müsterek olarak kullanılması, tecrübelerimizden elde etmiş olduğumuz neticelere göre imkânsızdır, ve İodure de Potassium'un burada ne lezyonları tahdit edici ve nede sinerjik bir vaziyet yaratmadığı açık olarak görülmektedir.

N E T İ C E

Kortizon yalnız başına kullanıldığı zaman tüberküloz enfeksiyonunun jeneralizasyonuna mani olamamakta olduğu gibi herhangi tedavi edici bir kıymeti de yoktur. Yalnız kortizonla tedaviye tabi tutulan hayvanlarda husule gelen lezyonlar tahdit edilmiş olmayıp, daima yaygın olarak bulunmaktadır.

Kortizona streptomycin iştirâk ettirilince sinergismus dolayısı ile yayımlar nisbeten tahdit edilmiş olup hayvanları ölümden korumakta isede enfeksiyonun yayılmasına mani olamamaktadır.

Kortizon ve PAS iştirâki ise jeneralizasyonlara mani olmakla beraber streptomycin ile beraber kullanılmasına nisbetle lezyonlar daha mütebariz olarak husule gelmektedir.

Kortizon İzoniazidle müsterek olarak kullanıldığı zaman hayvanlar hiç zerk edilmemiş olanlar gibi tamamen normal olarak kalmaktadır.

Kortizon ve İodure de Potassium iştirâki ise herhangi müsait bir tesir göstermeyip, bütün hayvanlarda jeneralizasyonlar husule gelmekte ve tüberküloz mihrakları da tahdit edilmiş olmayıp çok yaygın olarak bulunmaktadır.

B İ B L İ O G R A F İ

- 1 — Gürsel Aral, Üner Ragıp, Gürses Hilmi — IV cü Türk Tüberküloz kongresi tebliği.
- 2 — Öger Orhan, Gürsel Aral — IV cü Türk Tüberküloz Kongresi tebliği.
- 3 — Ebert (Robert H) — in vivo observation on the effect of cortisone on experimental tuberculosis using the rabbit ear chamber technique — Am. Rev. Tbc. 1952 — 65 — 64.
- 4 — Dye (William E), Hobby (Gladis L.), Middlebrook (Gardner), Princi (Frank), Youmane (Guy P), Steenken (William Jr) — Chairman — The effect of cortisone or/ corticotropin on experimental tuberculosis infection in animals Am. Rev. Tbc. 1952 — 66 — 257.
- 5 — Lane (James J. Jr), Clarke (Edmund R), and Holmes (Thomas H) — The relationship of tuberculin sensitivity and adrenocortical function in humans, — Am. Rev. Tbc. 1956 — 73 — 795
- 6 — Wanzer (Sidney H), Morgan (Thomas E) and Smith (David T) — The effect of corticotropin (ACTH) and Streptomycin on experimentally induced pulmonary tuberculosis in rabbits. Am. Rev. Tbc. 1954 — 67 — 264.
- 7 — Bacos (J. M) and Smith (D.T) — The effect of corticotropin (ACTH), dihydrostreptomycin and Corticotropin + Dihydrostreptomycin on experimental bovin tuberculosis in the rabbit. Am. Rev. Tbc. 1953 — 67 — 201.
- 8 — Cummings (M.M), Hudgins (R. C), Whorton (M.C), Sheldon (W.H) — The influence on cortisone and streptomycin on experimental tuberculosis in the albino - rat, — Am. Rev. Tbc. 1952 — 65 — 596.
- 9 — Le Maistre (C) and Tompsett (R) — The evolution of tuberculosis lesions in the guinea pig during administration of adrenocorticotrophic hormone (ACTH) or Cortisone. — Am. Rev. Tbc. 1952 — 64 — 295.
- 10 — Spain (D. M) and Molomut (N) — Effects of cortisone on the development of tuberculosis lesions in guinea pigs and on their modifications by streptomycin therapy. — Am. Rev. Tbc. 1950 — 62 — 337.
- 11 — Welmer (H. E), Boak (R.A), Bogen (E), Drusch (H.E), Müller (J.N), Moskin (J.R) and Carpenter (C.M) — Comparative effects of corticotropin and Cortisone on experimental tuberculosis. — Am. Rev. Tbc. 1953 — 68 — 31
- 12 — Canada (Robert O), Carr (David T), Ebert (Robert H) — Havlett

KÂĞITLI ELEKTROFOREZ, AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNDAKİ ÖNEMİ [*]

Dr. Mekkûre ÇINTAN

Dr. Bülent ÇINTAN

1907 de Field ve Teague elektriki bir sahada hicret süratlerinden istifade ederek agar - agar jelozu üzerinde difterinin toksin ve antitoksinini izole etmeye muaffak olmuşlardır. 1937 de Tiselius elektroforezin daha geniş tatbikatına imkân veren âletini vücuda getirmiş, ikinci dünya harbini müteakipde bu metod Birleşik Amerikada tekâmül etmiştir. Fakat bu teknik pahalı bir apareyaja icap ettirdiği ve uzun sürdüğü için büyük hastahanelere ve araştırma enstitülerine münhasır kalmıştır. Proteinlerin mütâlaasına karşı alâka arttıkça daha basit bir teknik ihtiyacı his edilmiştir. Moore, White, Müller, Antweiler, Labbar - Lomar ın çalışmaları ile de ancak 1939 da mikroelektroforez dünyaya gelmiş, bu tarihten itibaren de tekâmül ederek biyoloji ilminin muhtelif sahalarında istifade edilmeye başlanmıştır. König ve arkadaşı von Kloubusitzynin evince tecrübe edilmiş olan ince ezilmiş cam pamuk, agar - agar, gaz, amiant lifleri v.s. yerine süpor olarak kâğıt kullandıklarını bildirmeleri üzerinden mikroelektroforez kâğıtlı elektroforez ismini almıştır. 1950 de Grassman, Mc Donald, Urbin, Kraus, Tiselius gibi bir çok müelliflerin muhtelif çalışmaları kâğıtlı elektroforezin makromoleküller madde karışıklarını ayırmadaki kıymetini teyit etmiş ve hepsi çalışmalarını serum proteinlerinin mütâlaasına hasır etmişlerdir.

Prensip elektriki sahada Kâğıt üzerinde serum fraksionlarını moleküllerinin hicret süratinden istifade ederek ayırmaktır. Tampon olarak PH sı 8,6 olan varonal, veronal sodik karışığı tercih edilmektedir. Kâğıt neveleri muhtelifdir Whatman 31, 4, 1, Schleicher Schül, Munkell v.s. Boyamaya gelince proteinler için azocarmin B, amidoschwarz, 10 B, vert brillant F.S. ve bromophénol, lipidler için ise Soudan siyahı Soudan II, Soudan III, Soudan IV ve bleu de ciba tasviye edilmektedir. Boyanan kâğıtlar kuruduktan sonra dansitometr yahut fotometrik olarak okunarak elde edilen rakkamlarla milimetrik kâğıt üzerine kurplar çizilir ve her fraksionun işgal ettiği saha planimetr ile ölçülerek yüzde nisbetleri bulunur. Başlıca fraksiyonlar Albümin alfa, alfa 2, beta, gama globülinleridir. Normal kıymetler hakkında muhtelif müellifler tarafın-

[*] Nalle Sağlam Verem Araştırma Enstitüsü Çalışmalarından.

dan değişik rakamlar verilmektedir. Vasati olarak serumun % 1,6 sını AL, % 3, 9 unu alfa 1, % 7, 3 ünü alfa, 2 % 10,7 sini beta, % 16,5 ini gama teşkil eder. Al, alfa 2, gama fraksionlarındaki değişiklikler proteini gramla tesbit edilebilir fakat lipidleri taşıyan beta hakkında vazih fikir edinilemez, bu fraksionun değişikliklerini ancak lipidogram gösterir.

Kâğıtlı elektroforez bir çok hastalıklarda olduğu gibi tüberkülozda da hümorale değişikliklerin kontrolünde mühim rol oynar. Akeğer tüberkülozunun eksüdatif şeklinde alfa 2 yükselir. Evolütif tüberkülozun en bariz delili olan alfa 2 globülünün artmasını daha bariz kılmak için polisakaritlerden zengin olan bu fraksion Schiff boyası ve bleu de toluidine ile boyanabilir. Albümin ve gama globülün hakkında bu boya metodları hiç bir fikir vermezler. Lezyonlar stabilize olunca Al. ve gama artmaya alfa 2 ise azalmaya başlar. Al. nin yükselmesi uzviyetin mukavemetinin arttığını ve genel halin düzelmeye başladığını gösterir, gamanın artması ise fibrozun hümorale aksi adedilmektedir. Azalmış olan alfa 2 nin tekrar yükselmesi yahut düşmemesi pronostik için iyi âlamet değildir, yahut hemoptizi, epanşman, perforasyon gibi bir komplikasyona delâlet eder. Bazı müelliflere göre betanın yüksek bulunması az avolütif apiretik ve iyi pronostiği gösterir fakat beta fraksionu alfa 2 kadar stabl bir indice değildir.

Biz enstitümüzde pleksiglasdan mamül horizontal ve V renversé (vertikal) denen küvetleri kullanmaktayız. Lipidogram için vertikal tercih ediyoruz zira fraksionlar bu şekilde daha iyi ayrılmaktadır. Tampon PH sı 8,6 olan veronal, veronal sodiği, kâğıtta Whatman 31 i tercih etmekteyiz. Tampon ile ıslatılmış kâğıtlar küvetlerin süporları üzerine konduktan sonra azami 24 saatlik serumdan bir hagedon pipeti vasıtasıyla serum vertikal küvette kâğıdın tam ortasına, horizontalde ise 5 sm genişliğinde ve 35 sm uzunluğunda olan Kâğıdın katot cihetine 12 inci smine muntazam bir şekilde embibe ettiriyoruz. 350 voltta, 5,30 saat bıraktıktan sonra çıkarılan kâğıtlar bir cam üzerine konarak 110 derecede kurutuluyor. Bazı müellifler 37, 60, 100 dereceyi tercih etmektedirler. Boya olarak proteinler için bromophénol ü, lipidler içinde Sudan siyahını kullanmaktayız.

Enstitümüzde akciğer tüberkülozuna musap 41 hastanın 18 inde üçer, II inde ikiye, 12 sinde de bir defa kan proteinlerinin elektroforetik tetkiklerini yaptık. Üç defa elektroforezi yapılan 18 hastadan 14 ü 1-3 aylık hikâyeli, taze lezyonlu ve hiç tedavi görmemiştir. 4 ü ise 6 aydan fazla hikâyeli ve nisbeten eski lezyonlu ve tedavi görmüş vakalardır. 14 hastanın ilk elektroforetik tetkiklerinde: Al. 17,8 - %

42,8, alfa 2 % 11,5 - % 22,2, gama % 13,5 - % 29,1 arasında bulundu. Lipidogramda 3 hastada beta yüksekliği tesbit edildi. 2,5-3 aylık sanatoryal kür ve kombine antibiotik tedavisinden sonra ileri derecede radyolojik iyiliğe (12 sinde mevcut olan taze kavitelerde silinme) paralele olarak elektroforezde Al. de artma % 36,8 - % 66,2 (yalnız bir hastada % 22,3 den % 27,2 ye çıktı) alfa 2 de azalma % 7,9 - % 16,2, gamada ikinci elektroforetik tetkiklerde birinciye nazaran daha yüksek bulunan kıymetler üçüncüde Al. nin normal seviyeye ulaşmış olduğu vakalarda gama da (6 hasta müstesna) normal miktara inmiştir.

Eski lezyonlu ve evvelce antibiotik almış olan 4 hastada ise ilk elektroforezde Al. % 22,4 - % 41, alfa 2 % 11 - % 14,7, gama ise hepsinde yüksek % 20,7 - % 44 arasında bulundu. Üçüncü tetkikte Al. de nisbeten yükselme (% 51,9 a kadar) alfa 2 de % 7,2 - % 11,7 arasında düşme, gamada ise 3 hastada cüzi azalma, birinde de normal bulundu.

Lipidogramda ilk tetkikte betanın 1 hastada, üçüncü kontrolde 3 vakada artmış olduğu tesbit edildi. Başlangıçta 18 inde de yüksek olan sedimantasyon tetkikin nihayetinde 13 ünde normal seviyeye inmiş, 5 inde de sürati azalmıştır (bunlardan ikisi hamiledir). İkinci grubu teşkil eden II hastada iki defa elektroforetik tetkik yapıldı. Bunlardan 8 i taze lezyonlu tedavi görmemiş, 3 ü eski lezyonlu ve antibiotik almış.

Taze lezyonluların ilk tetkikinde Al. % 26,3 - % 33,9, alfa 2 % 12,2 - % 18,4, gama % 17,5 % 32,8, ikinci tetkikte bir tanesi müstesna Al. de nisbeten artmış alfa 2 % 8,1 - % 15,7 arasına inmiş, gama ise 5 inde yüksek 3 ünde normal seviyede lipidogramla beta ilk önce 4 ünde bilâhère 6 sında yüksek bulundu.

Eski lezyonlu 3 hastada Al. düşük alfa 2 ve gama yüksek, ikinci kontrolde Al. bir az yükselmiş, alfa 2 ikisinde normal birinde yüksek, gama ise ikisinde yüksek birinde normal bulundu. Lipidogramla betanın evvelâ birinde bilâhère her 3 ünde yükselmiş olduğu tesbit edildi. Kombine antibiotik ve sanatoryal kürle radyolojik salâh elde edilmiş olan bu II hastada evvelce sürâtlı olan sedimantasyonun birinde normal diğerlerinde de süratin azalmış olduğu görüldü.

Ancak bir defa elektroforezleri yapılabilen 12 hastadan cüzi nodüller lezyonları olan 4 tanesinde gerek Al. gerek alfa 2 normal, ikisinde gama artmıştı. Lipidogramda ikisinde beta nisbeten yüksekti. Diğer altısında ise Al. ve alfa 2 düşük, dördünde de gama yüksek bulundu.

Eski lezyonlu 2 hastada orta derecede düşük Al., alfa 2 ve gama artması lipidogramda da 1 vakada betayükseleşmesi tesbit edildi.

Bu tetkiklerden anlaşılıyor ki, evolutif, taze lezyonlu ve tedavi görmemiş olan hastalarda sedimantasyonun süratlenmesiyle beraber kaide olarak Al. inde azalma, alfa 2 de artma tesbit edilmektedir. Tedavi ile Al. artmakta, alfa 2 düşmekte, ekseriya gama bazende beta yükselmekte ve sedimantasyonunda sürati azalmaktadır. Eski lezyonlu ve nisbeten tedavi görmüş olan bütün hastalarda başlangıçta gamanın yüksek bulunması fibroza doğru evolüsyonun mevcudiyetini göstermektedir. Bir çok hastahklarda aynı değişiklikleri gösteren elektroforez hiç şüphesiz tüberkülozun teşhisi tefrikisinde bir rol oynayamaz fakat evolutif stigmatların devam edip etmediğini bildirme ve tedavinin tesiri hakkında fikir verme bakımından kıymetli bir metoddur.

LİTERATÜR

- 1 — Azerad E., Ghata J. L'électrophorèse sur papier Pres. Med. 1956.
- 2 — Baldwin R. A., Hand C.N. Electrophoretic studies of the serum proteins in tuberculosis Am. Rev. Tbc. 68, 372, 1953.
- 3 — Benhamou Ed., Amouch P., Chemia Ed. La valeur sémiologique de la globuline alpha 2 son intérêt pratique Pres. Med. 1953.
- 4 — Benhamou Ed. Électrophorèse dans la tuberculose pulmonaire Journal de pneumophthisiologie de l'Afrique du nord No. 3, 1954.
- 5 — Genova Etude de l'électrophorèse dans la tuberculose pulmonaire J. de pneumo - phthisiologie de l'Afrique du nord 1953.
- 6 — Kautzsche E. F. Filterpapier electrophorese bei Lungen tuberculose Münch. Med. Wochenschrift No. 6 1956.
- 7 — Kreis B., Jayle M. F. Clerc P., Lutier H. — La perturbation des protéines du plasma au cours de la tuberculose pulmonaire Rev. Tbc. No. 3 1955.
- 8 — Leggat P. O. — Serial serum protein changes in pulmonary tuberculosis Brit. J. 51, 2, 1957.
- 9 — Levi-Valensi A., Akou G. — Quel peut être l'intérêt de l'électrophorèse sur papier dans la tuberculose pulmonaire? Pres. Med. 1957.
- 10 — Maurice J. Serum gamma — globulins in pulmonary tuberculosis Am. Rev. of Tbc. 89, 3-4 1950.
- 11 — Meyer A., Kaufmann H., Gelin J. — Premiers résultats de l'électrophorèse des protéides et des lipides dans la tuberculose pulmonaire Rev. Tbc. No. 3 1955.
- 12 — Moure P., Mlle Donard Th., Boyer — Électrophorèse dans la tuberculose pulmonaire Rev. Tbc. No. 2 1955.
- 13 — Wunderly Ch. Électrophorèse sur papier Vigot frères 1956.

ATEBRİN İLE AKCİĞER TÜMÖRLERİNİN TEŞHİSİ

Dr. İsmet ÖGDÜN

GİRİŞ :

Akciğer tümörlerinin, bhusus kanserlerinin, bugün için radikal tedavilerinin yalnız cerrahi yolla mümkün bulunması ve bu işin de ancak vakalar çok erkenden teşhis edilebildikleri takdirde işe yarayabileceği malumdur. Son yılların medikal ve sosyal bakımdan en korkunç hastalığı mertebesine erişen tümörlerin erken teşhisi yolunda yapılan çalışmalar ise hâlen yüz güldürücü ve yeter görülmektedir.

Mevzu ve Maksat :

Tümör teşhisinde tek bir metot ile hüküm vermenin kabil olmamasına rağmen biz bu çalışmamızda, akciğer tümörlerinin, atebrin boyasına karşı gösterdikleri ilgiyi kabul ederek, bunun teşhiste bir rolü olup olamayacağını araştırdık. (1) 1951 yılında H. Cramer ve C. Brilmayer'in yaptığı çalışmalar ve yine aynı yılda R. Schuetze ve E. Klar'ın yaptıkları tecrübi tümör araştırmaları, tümör nesicinin bazı boyalara, bu arada atebrine, karşı ilgi gösterdiği ve organizmaya giren bu boyanın tümör nesici tarafından tutularak, ıtrahta bir azalma olduğunu ortaya koymuştur. (2,3).

Materyel ve Metot :

Bu çalışmamızda, 1 - Normal şahıslar, 2 - Akciğer Tbc. lu ve kist hidatikli hastalar, 3 - Tümör şüphesi ile Tıp Fak. Göğüs Hst. Kliniği ile A.V.S.D. hastahanesinde yatan ve Dispanserlerine müracaat eden hastalara 0.10 gr. atebrini (Metoquina) damar yolu ile zerkettikten muhtelif saatlar sonra idrarla ıtrah edilen atebrin miktarını kantitatif olarak fluorometrik usulle, Coleman fluorometresinde tayin ettik. (4)

Bulgularımız :

I. grup : Hiçbir hastalığı olmayan 11 şahısta yaptığımız araştırmada idrarda enjeksiyondan 18 saat sonraya kadar atebrin tesbit ede-

bildik. (4 saat sonra 1,5 ; 6 saat sonra 3 ; 9 saat sonra 2,5 ; 10 saat sonra 2 ; 12 saat sonra 0,5 gama/ce civarında ; 18 saat sonra pek az miktarda).

II. gurup : Akeğer Tüberkülozu ve kist hidatikli hastalarda yaptığımız ölçmelerde normallere çok yakın kıymetler bulduk.

III. gurup : Diğer teşhis metotlarıyla akeğer tümörü şüphe edilen 26 hastada, enjeksiyondan 9-10 saat sonra alınan idrar nümunelerinde atebrin miktarını tayin ettik. Bu şahısların ekseriyeti enjeksiyondan ancak 4-5 saat sonra pek az miktarda, ekseriya 1 gamanın altında atebrin itrah etmekte, bilâhare yapılan ölçmelerde atebrin bulunmamaktadır.

Atebrin testini tatbik ettiğimiz bu 26 hastada, diğer teşhis metotları ile de tümör oldukları tesbit edilen 17 hastada atebrin testini, % 70,8 nisbetinde müsbet bulduk.

Münâkaşa :

A) % 70,8 müsbetlik nisbetinin aslında daha fazla olduğunu izah etmek mümkündür. Çünkü, bilâhare torakotomi ile selim tabiatlı ur oldukları anlaşılan iki vakada testin sonuç vermesini vakaların selim olmasına bağladık. Bu şahıslar normallerden çok az, tümörlülerden ise fazla miktarda atebrin itrah etmişlerdir. Bu iki vaka hiçbir zaman hüküm vermeğe yetmez ise de, atebrin belki, tümörlerin selim veya habis olduklarını bile ayırda yarayabilecektir.

Diğer teşhis vasıtaları ile tümör oldukları tesbit edilen üç vakada hastaların atebrini normaller kadar itrah etmelerile, tümör olmadığı halde atebrini tutan bir vakada testin menfi sonuç vermesi, bu vakaların ilerlemiş, plevra boşluğunda epanşman teşekkül etmiş olmasına bağlanmıştır. Keza bir vakanın da tümör olduğu halde atebrini tutmaması, hastaya tedavi gayesiyle röntgen ışınları tatbik edilmesine bağlanmıştır. Muhtemelen röntgen ışınları tümör nescinin atebrin tutma hassasını bozmaktadır. H. Cramer ve C. Brilmayer'in negriyatında da gerek epanşmanlı, asitli, ödemli vakalar, gerekse röntgen tedavisi görmüş vakaların atebrin testi ile yanıltıcı sonuçlar verdiği bildirilmektedir. (2)

Geriye ancak atebrin testinin menfi sonuç verdiği iki vaka kalmaktadır.

Yukarıda 26 vakanın 17 sinde atebrin testini % 70,8 nisbetinde müsbet bulduğumuzu arzetmiştik. Şimdi 26 vakadan iki selim ur, 4 ilerlemiş

ve epanşman teşekkül etmiş ve bir de röntgen tedavisi görmüş vakayı çıkarırsak geriye kalan 19 vakanın 17 sinde atebrin testini müsbet bulmuş sayılacağız. Ve bu halde de müsbetlik yüzdesi % 89,4 olacaktır.

B) Yalnız başma atebrin testi ile konabilecek teşhisin diğer usuller yanındaki kıymetini izah edebilmek için, vakalarımızda her bir teşhis usulünün ne nisbette doğru netice verebileceğini inceledik. Şöyle ki:

26 vakadan 22 sinin klinik durumu tümör lehindedir. Müsbetlik yüzdesi: 86,1.

Radyolojik görünüşün tümör lehinde olduğu vaka sayısı 19 dur. Müsbetlik yüzdesi : 73.

Bronkoskopi yapılan 23 vakanın 15 inde tümör şüphe edilmiştir. Müsbetlik yüzdesi : 62,5.

Bronş lavajının cytolojik tetkiki yapılan 21 vakanın 5 inde tümör teşhisi konmuştur. Müsbetlik yüzdesi : 23,8.

(Kliniğimizde 15/6/1951 ile 1/3/1956 arasında 166 bronş lavajında 87 kanserlide uygun müsbetler derecesi % 73,6 dur). (5)

Ancak biopsi ve torakotomi yapılan 9 vakanın hepsi teşhise uygun bulunmuştur. % 100.

Atebrin testi ile tümör şüphe edilen vaka sayısı ise 17 olup müsbetlik yüzdesi 70,8 ise de yukarıda da arzettiğimiz gibi, test yeni vakalarda erken olarak tatbik edilmiş sayılırsa müsbetlik yüzdesi 89,4 dır.

NETİCE :

Diğer teşhis metotları ile atebrin testi metodunu karşılaştırırsak görürüz ki, bu test tümör vakalarında erken olarak yapılabilirse, anatomo patolojik tetkikler harig, diğer metotlardan daha yüksek nisbette teşhise yardım etmektedir. Anatomo - patolojik tetkiklerin ise her vakada yapılamaması gözönüne alınırsa, atebrin usulünün diğer metotların başında yer alması temenni edilebilir.

HÜLÂSA :

Bu çalışmalarımızda, Tıp Fak. Göğüs Hst. Kliniği, A.V.S.D. hastahane ve dispanserlerindeki 26 akciğer tümörü şüpheli hastada atebrin itrahını, normal şahıslar, tüberkülozlular ve kist hidatikli hastalarla mu-

kayese etmek suretile, tetkik ettik. Tümörlü hastalarda atebrinin vücutta tutulduğunu ve bu usulle tümörleri erken olarak teşhis etmenin mümkün olduğu ortaya koymağa çalıştık. Ve yalnız bu metot sayesinde % 89,4 nisbetinde müsbet sonuç alınabileceğini gösterdik.

REFERENS

- (1) Von W. Stieh : «Biochemische Krebsdiagnostik» Med. Klinik., 49 Jahrgang 38, 17 sept. 1930.
- (2) H. Cramer und : «Tumor diagnostik mit atebrin» C. Brilma-
yer Mün. Med. Wochen., 1952 94/33 - 34.
- (3) R. Schuetze : «Die vital fluorochromierung von Hirntumoren
mit und E. Klar atebrin als diagnostisches Hilfsmittel bei hirn-
geschwuelst operationen»
Chirurg, 1951, 22 : 166.
- (4) B. B. Brodie ve ark : «The Estimation of basic organic com-
pounds, in biological material.»
- (5) N. Karasu : «Akciğer kanserinin bugünkü durumu, etyolojisi,
kliniği ve anatomo - klinik münasebetler.» Onbeşinci Milli Türk
Tıp Kongresi, 1958. Ankara.

ORDU'DA TÜBERKÜLOZ MÜCADELESİ

Dr. Tefik GÜNER

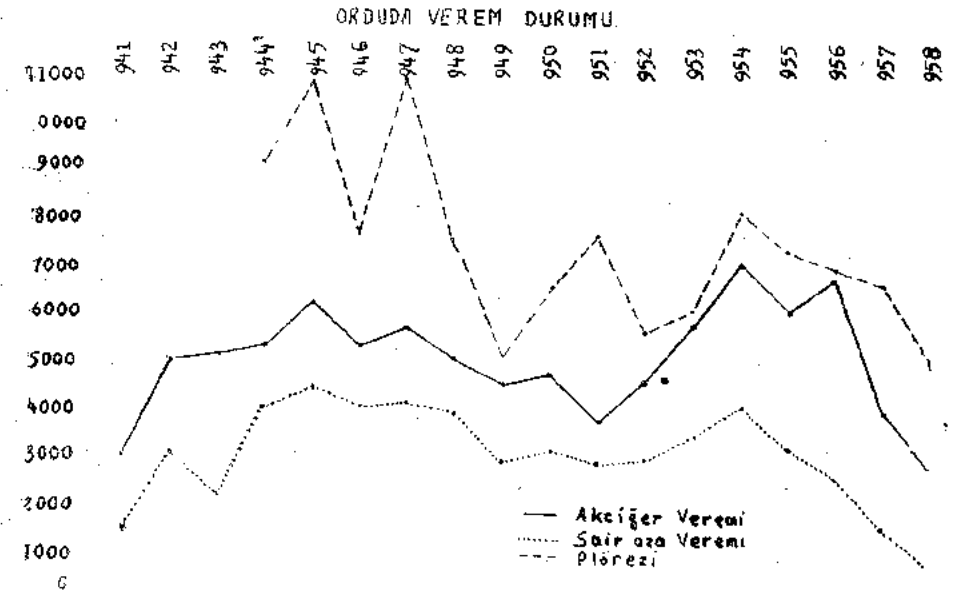
Ordu'da Tüberkülozla mücadele mevzuu, İkinci Cihan Harbi içinde, 1942 - 1943 senelerinde Sayın Hocamız Abdulkadir Noyan'ın Sıhhat İş-
leri Dairesi Reisliği zamanında ortaya atılmış, ve ilk defa olarak üç
yerde (Sarayburnu, Kırkağaç ve Elâzığ) birer Verem Hastahaneleri
açılmış, Askeri hastahanelerde de nakli mümkün olmayan hastalar için
ayrıca yatak tahsis edilmiş ve bir de Tüberküloz mücadele Talimatı ha-
zırlanmış olup, bu talimat hâlen tatbik mevkiindedir.

Hastahaneleri açmakla tedavi ve mücadelede muvaffakiyetin en mü-
him faktörünün personel yetiştirilmesine bağlı olacağı düşünülerek Gö-
ğüs Hastalıkları Müttehassısı yetiştirilmek üzere yurt içindeki muhtelif
sanatoryumlarda hekimlerimizin tekâmülü sağlanmış, ayrıca bunlar ara-
sında temayüz edenler bu sahada en müttekâmil seviyeye yükselmiş dış
memleketlere gönderilmiştir.

Bunlar dönüşlerinde gerek ordu ve gerekse üniversitelerimizde gerek-
li yerlerini alarak Türkiye de Tüberküloz Mücadelesinin müteakip tekâ-
mülü üzerinde mühim rol oynamışlardır.

Ordu'da bu mücadele başlanıldığı sıralarda elimizde geniş Mikyasta
tüberküloz taraması için gerekli mikrofiliim vesair cihazlar mevcut de-
ğildi.

1951 - 1952 yıllarında Tüberkülin ve B.C.G. Ekipleri yetiştirilmek
maksadiyle Sağlık Vekâletinin açtığı kurslara bu işin ordudaki ehemmi-
yeti nazarı itibare alınarak lüzumu kadar doktor ve Shh. Astsubay iş-
tirâk ettirilmişti. O zamanki ordu eğitiminin bu günkü sistemden farklı
oluşu ve mahdut miktarda yetişmiş elemanlar ile tam bir mücadele ya-
pılmasına imkân hasıl olmadığından Sağlık Vekâletiyle teşriki mesai edi-
lerek ordu'da tüberküloz taraması yapılmıştır.



1953 yılında yeni eğitim sisteminin ordu'ya tatbiki neticesi muhte-
lif eğitim merkezlerinin tesisiyle tüberküloz taramasının daha müessir
şekilde tatbiki imkân dahiline girmiştir.

Bu maksatla orduya yeni katılan muvazzaf tabibler tüberküloz ta-
raması kurslarına iştirâk ettirilmiştir. Hâlen de bu kurslar devam et-
mektedir.

Ayrıca ilk olarak eğitim merkezlerinde tüberküloz taraması ile il-
gili teşhizatın temini yoluna gidilmiş ve gerekli her nevi malzeme bu-

ralarda çalışacak olan kurs görmüş hekimlere tevdi edilmiştir. Böylelikle 25 Mikrofilim cihazı temin ve tevzi edilmiş bulunmaktadır.

Bu suretle rasyonel bir tüberküloz mücadelesinin esası kurulmuş ve o tarihten itibaren orduya alınan her er tam bir taramaya tabi tutulmuştur.

Mesai miktarı Sağlık Vekâleti B.C.G. Kampanyası Müdürü arkadaşımızın verdiği rakamlara dahildir. Sivil sağlık ve mücadele teşkilâtıyla de teşriki mesai etmek gayesiyle 1957 senesi bidayetinde Sağlık Vekâleti mücadele otoriteleriyle yapılan toplantı ve anlaşmalarda :

1. Ordu'da yapılan taramaların devamı.

2. Sari hastalıkların ihbarı gibi Veremlilerin de ihbar mecburiyeti karar altına alınmıştır.

Böylelikle hazırlanan ihbar kartlarıyla 957 ocağından itibaren hastahanelerce Radyolojik ve Bakteriyolojik olarak tesbit edilen veremlilerin ihbarı mecburi kılınmıştır.

İhbar : erin, bağı bulunduğ As. Şubesine, bulunduğu mahallin Sağlık Müdürlüğüne veya Hükümet Tabibliğine, üst Sıhhi makama ve birliğine yapılmaktadır.

Bu ihbarlar merkezde fişlere (karteks usulüyle) kaydedilmektedir. Bu suretle ordudaki her tüberküloz vak'ası ismen kaydedilerek aynı zamanda adeden tesbit edilmektedir.

Hâlen ordumuzda 1175 veremli yatağı vardır. Ordu kuvvesine nazaran bu miktar kifayethi görülmektedir.

Taramalarda tüberküloz olduğu tesbit edilen vak'alar As. Hastahanelere sevk edilmektedir. Talimat mucibince tüberkülozlu hastaların çürüğe çıkarılıp şubelerine iadesi icap etmekte ise de ordu bunları derhal çürüğe çıkarmayıp hastahanelerinde yatırmakta, asgari dört aylık bir müddet (daha uzun devam edebilir) gereken tedavisini yapmakta ve tedavi sonunda sıhhi kurulların vereceği karara göre tedavinin temdidini yoluna gidilir, veya kesin sıhhi işlem yapılır.

Ancak tedavi esnasında kendi arzularıyla ve ailelerinin müracaatları ile hastalarını hâricte tedavi ettireceklerine dair senet verdikleri takdirde hasta taburcu edilir.

Zira bu gibileri tedavi altında tutmak için hâlen elde mevcut kanuni bir müeyyide yoktur.

Hastahanelerden gerek kendi arzularıyla, gerekse tedavileri sonunda çıkan hastaların (yani çürük veya hava değişimi işlemi görenlerin) sivil Sağlık teşkilâtına ihbarı yapılır. Hastaların mütebaki takip ve tedavilerinin bu teşkilât tarafından sağlanması icap eder.

Ordu da tüberkülozun tesbiti halka nazaran daha kolaydır. Her er

mutlak surette hastalığı yüzünden doktora müracaat eder. Bu suretle ilk muayenede gözden kaçan hastalık, ikinci veya üçüncü muayenede meydana çıkar. (Bu muayeneler her ay yapılmaktadır.)

Tüberkülozlu olarak gelen veyahut hastalığın tefrih devrini müteakip meydana çıkarak tesbit edilip haklarında sıhhi işlem yapılanlar yüzünden orduyu intan membar olarak itham etmek yersiz olur.

Kaldiki ordu mensubi daima şehirler halkıyla sıkı temastadır. Ekseri halkımızda bir zihniyet vardır: askere sevk esnasında daima hastalıklarını gizler ve askerlik hizmeti esnasında tedavilerini ister.

Bu sene ordunun yaptığı mücadele esaslarındaki durumu tetkik ve daha ne gibi esaslar üzerinde yürütmesi gerektiği hususunda Ankara Verem Savaş Derneği, Sağlık Vekâleti, Gülhane Müttehassısı, Milli Müdafaa Vekâleti ilgilileri ile yapılan komisyon toplantıları sonunda :

I. Tüberküloz'un Ordu'ya sokulmaması hususunda yapılan tarama, Tüberkülin ve B.C.G. tatbikatının devamı.

II. Bilhassa Tüberkülin ve B.C.G. tatbikatında Sağlık Vekâleti ekiplerinin de iştirâki.

III. Tüberküloz çıkan birliklerde yeniden tüberküloz taraması yapılması.

IV. Hastahanelerce yapılan ihbar sisteminin devamı.

V. Sivil Verem hastahanelerinde yatak adetlerinin % 5 nin, ordudan ihraç edilecek veremlilere tahsisi.

VI. Ordu Verem hastahanelerinde tedavilerin uzatılması.

VII. Mekteplerde Kemoprofilaksi tatbikatına tecrübi olarak başlanması.

Karar altına alınmış ve bu yolda icraata devam edilmiş ve edilmektedir.

ORDU'DA TÜBERKÜLOZ MÜCADELESİ ÖZETİ

Türk Silâhlı Kuvvetlerinde Tüberkülozla mücadele mevzuu, ikinci Cihan Harbi esnasında ele alınmış, hastaların tecrit ve tedavisi maksadıyla verem hastahaneleri açılmış ve bu sahada müttehassıs eleman yetiştirilmiştir. Bilâhare 1951 - 1952 senelerinde Ordu'da Tüberkülin kontrolleri ve B.C.G. aşısı tatbikine başlanmıştır.

1955 yılında Ordu Eğitim sisteminin değişmesi üzerine teşekkül eden Eğitim Merkezleri'nde ordu hizmetine alınan her erin tüberküloz taramasına tabi tutulması usul ittihaz edilmiştir.

Taramalarda hastalığı tesbit edilenler 1957 yılından beri beynelmilel olarak kabul edilen sari hastalıkların ihbarı gibi ihbar edilmekte ve

hastalıklarının derecelerine göre bir kür veya daha uzun müddet Ordu Verem tedavi müesseselerinde tedavi görmektedirler.

Tedavi sonunda sağlık durumlarına göre gereken sıhhi işlem yapılarak ordu hizmetinden muaf kılınmaktadır.

Bu gibiler tedavi müesseselerinden taburcu edilirken mütebaki tedavilerinin sağlanması için mensup oldukları sivil sağlık teşkilâtına bildirilmektedir.

Ordu'da tüberküloz ihbarının mecburi tutulduğu 1957 yılından beri merkezde karteks usuluyla yapılan kayıtlar neticesinde elde edilen istatistiki malûmata dayanılarak memleketteki tüberküloz intan bölge-leri hakkında da bir fikir edinmek imkânı elde edilmiştir.

Ana hatları kısaca belirtilen Ordu'da tüberküloz mevzuu, ve takip edilecek faaliyet programı, Üniversite, Sağlık Vekâleti, Ulusal Verem Savaş Derneği ve Milli Müdafaa Vekâletinin ilgili personelinin iştirakiyle yılda asgari bir defa yapılan istişari toplantılar sonunda tesbit edilmekte, varılan kararlar tatbik mevkiine konulmaktadır.

—oOo—

MEDIASTİNAL DERMİD KİST

Dr. Necdet MENEMENLİ [*]

Son yıllarda gerek radyolojideki ilerlemeler, gerekse toraks cerrahisindeki gelişmeler mediasten hastalıklarının tetkikinde büyük rol oynamışlardır. Bu meyanda mediastinal tümörlerin anlaşılmasında anatomik komşuluklar ve Histolojik incelemelerden ziyade bu bölgenin embriyolojik teşekkülünün bilinmesi icap eder. Teşekkül hatalarından menşе alan tümörlerden başka, mediasten organlarının birbirleri ile olan lenfatik doku zenginliği bu bölgeyi uzak metastazlar için de uygun hale getirerek teşhisi güçleştirir. Embriyolojik hatalardan menşе almış mediasten Selim tümörlerinde anatomik lokalizasyon ve bunun radyolojik olarak tesbiti teşhiste büyük yardımcıdır. Meselâ : Nöromalar, özogafusa ait değişmeler, enterojen kistler ve menenjial tümörler arka mediastende; dermoid kistler, teratomalar, perikard tümörleri, timoma ve tiroid tümörleri ön mediastende lokalizedirler. Bunların haricinde kan- lar mediastenin herhangi yerine yerleşebilirler.

[*] Ank Tıp Fak. Göğüs Hast. Kliniği Doçenti.

DERMOİD KİST VE TERATOMA

Orijinleri aynı, nadir Selim Tümörlerdendir. Hedblom, sadece ekto- dermal kısımlar ihtiva edenlere epidermoid, aynı zamanda mezodermal maddeler ihtiva edenlere dermoid, ve her üç jermenal yaprak- tan maddeler ihtiva edenlere ve solid olanlara teratoma demektedir. Her üç gu- ruba «dermoid» tümörlerde denmektedir. Şimdiye kadar literatürde kay- dedilmiş, mediastende lokalize 250 vaka mevcuttur. Bunlardan üçü ha- riç, hepsi ön mediastende bulunmuştur. Bu sebeple ön mediastende loka- lize olan her selim tümör radyolojik hususiyetleri de nazarı itibare alı- narak, aksi isbat edilinceye kadar dermoid olarak mütalâa edilmelidir.

KLİNİK : Bu tümörlerin her iki şekli de erkek ve kadında aynı nisbette görülür. (Hedblom)

Embriyolojik teşekkül hatalarından menşе alan bu tümörler uzun bir latant devre geçirirler ve ekseriya 30 - 40 yaşlarından sonraki dev- rede yavaş yavaş büyüyerek etraflarına yaptıkları tazyik ve iltisaklar sebebi ile hastada şikâyetlere sebep olurlar. Bu devreden önce teşhis masradyografiler esnasında tesadüfidir. Rusby husule gelen tazyik araz- larını şöyle sıralamıştır: Öksürük, dispne ve ağrı. Bizim vakamızda öks- sürük ve dispne mevcut olmayıp şiddetli ağrı başlıca şikâyet sebebiydi. Rusby'ye göre ağrı, bazan kardiyak karakter gösterebilir. Bazan, parok- sismal taşikardi ve boyun venalarının şişkinliği de görülebilir. C. B. Horner sendromu, farengeal paralizi ve disfaji nadiren görülür.

Hematojen olarak husule gelen enfeksiyon veya bir bronşa açılma gibi ihtilâtlara bağlı olarak klinik arazlarda değişiklikler husule gelir ve bazı vakalarda tümör kendini bu gibi ihtilâtlarla belli eder. Tümörün enfekte olmasıyla husule gelen araz çok defa teşhisi güçleşir. Bir bron- sa açılmasıyla hastanın hiç bir sebep yokken kıl tükürmesi (trikopti- zi) teşhise götürürse de çok defa kötü bir komplikasyondur.

Dermoid tümörlerin % 12,9 habis tümöre tehavvül ettikleri görül- mektedir. Fakat bu habisleşme basit dermoid tümörlerde solid teratom- lara nazaran 2,5 defa daha az olmaktadır.

PATOLOJİ : Dermoid kist adından da anlaşılacağı üzere kistik bir tümördür. Deri, kıl, sebace maddeler, kolesterin ve diş ihtiva ederler. Cidarları nadiren kireçlenir (vakamızda olduğu gibi). Nadiren habisleş- tir.

Teratomanın menşei münakaşalıdır. Bazı müellifler, göğüste lokalize bir ikiz eşi bazı müellifler ise, ovum ile ilgili indifferansiye hücreler- den menşе aldığını, diğer bazıları ise embriyolojik teşekkülün erken

saftasında isole blastomerlerden menşeyi aldığını kabul ederler. Habisleşme bunlarda daha fazladır.

TEŞHİS : Radyolojik bulgulara, daha kat'i olarak torakotomiye bağlıdır.

Radyolojik görünüş; ön mediastende lokalize muntazam kenarlı (enfekte olmuş ise bu kaybolabilir) yuvarlak bir gölge verir. Mediasten sağna veya soluna doğru temadi eder ve iç tarafı mediasten gölgesiyle karışır. Bazen bir sapla mediastene bağlandığı görülür. Bu hususiyetlerin tespiti için radyoskopik tetkik ve lateral veya oblik grafilere ihtiyaç hasıl olabilir. Bu homojen kesafet içinde dış ve kemik gölgelerine ait gölge koyuluklarında bulunabilir. Bizim vakamızda olduğu tümöre ait kesafetin cidarı kalsifiye bir manzara arzedebilir. Eğer tümör bir bronşa açılmışsa kesafet içinde hidroaerik bir manzara görülebilir. Ağır bir enfeksiyon halinde ise perifokal reaksiyonlar sebebiyle esas tümör kitlesi bazı hallerde net görünüşünü kaybedebilir.

Ekseriya ön mediastenin aorta kavsi altında lokalize olan bu tümörler Liebmann ve Chao'nun neşretmiş oldukları vakalarda olduğu gibi superior ön mediastende lokalize olarak aorta kavsini örter ve bu takdirde aorta anevrizması, substernal tiroid, timüs tümörleri ile karıştırılabilir.

Duval bunları ön mediastendeki pozisyonlarına göre dört guruba ayırmaktadır :

1 — Retrosternal, sternum ile mediastinal plevra arasında; 1 — Servikoretrosternal, bazan burada lokalize olan bu tümörler incisura Jugularis'ten dışarı doğru büyüyerek sternum altındaki kısmı ve dışarı doğru büyüyen parçasıyla balter şekli arzeder; 3 — Mediastino-torakik, tümör kitlesi, sağ veya sol hemitoraksa doğru uzanır; 4 — Lateral torakik, tümör esas itibariyle sağ veya sol hemitoraksdadır. İlk iki gurupta tümör sternum ortasından geçen hattın üst kısmında lokalizedir. Diğer guruplar ise ön mediastenin her yerinde lokalize olabilir. Hedblom, tetkik ettiği 185 vakadan sadece 3 tanesini arka mediastende bulmuştur.

R.T., Ünye, 40 yaşında, Ev kadını

ŞİKAYETİ: Göğsünde ki ağrıdan

HİKAYESİ : Hastaneye yatmadan bir sene önce göğsünün sağ tarafının ağrmasıyla hastalanmış. Balgamla karışık ara sıra hemoptezi çıkmış. 6 ay önce ağrıları artmış, Ankaraya gelerek bir hekime müracaat etmiş, filmi çekilmiş. Kliniğimize müracaatla yatırılmıştır.

ÖZ GEÇMİŞİ : Mühim bir şey yok

SOY GEÇMİŞİ : Evli, 6 çocuğu var, hepsi de sağ ve sağlam. Ailede Tbc. yok.

FENA İTİYATLARI : Yok

VÜCUT FONKSİYONLARI : Normal

YAPISI : Ağırlık: 44,5 Kg. Boy: 1,55 m.

SOLUNUM SİSTEMİNİN MUAYENESİ : Sağ klavikula altında matite alınıyor.

LABORATUAR BULGULARI :

PPD. ve D Mantoux : Menfi

Balgamda A. R. B. : Menfi

Sedim. : 54 - 43 mm.

T. A. : 9,5/6,5 cm. Hg.

Kan : Eryt : 3400000, Hb : % 85, Leuc : 6400,

Kan gurubu : (0)

Protein total : % 6,6 g.

Serum albumin : % 3 g.

Serum globulini : % 3,3 g.

Casoni reaksiyonu : Erken ve geç menfi

RADYOLOJİK BULGULAR :

3.12.1956 günlü akciğer grafisi : Sağda medialde, önden birinci ile dördüncü kot arasında, iç kenarı kalp gölgesi ile karışan, dış kenarı konveksliği dışı bakan ve sağ akciğerin orta hattına kadar devam eden, 5 cmX 12 cm çapında, içinde yer yer çizgi ve yuvarlak daha koyu gölgeler gösteren homojen kesafet (cidar kireçlenmesi ve dış gölgesi). Sağ yan grafide tümörün ön mediastende lokalize olduğu görüldü.

6.6.1957 ve 2.9.1957 günlü akciğer grafilerinde de aynı görünüm mevcut. **SEYİR VE SONUÇ :** Hastada radyolojik olarak bir mediasten tümörü tesbit ve genel araz verip büyümediği nazara alınarak selim

bir tümör (Kist dermoid veya kireçlenmiş kist hidatik) şüphe edildiğinden teşhis için torakotomi yapılmasına karar verildi. 12.9.1957 günü yapılan torakotomide: Ön mediastende, üst lobun anterior segmentine fazlasıyla yapışık, sert, yumurta cesametinde bir kitle görüldü. Etrafındaki büyük damarlar ve perikardla iltisaklı olması sebebiyle tam olarak ekstirpe edilemedi. Maalesef hasta bir gün sonra vefat etti.

PATOLOJİ RAPORU :

Makroskopik muayene: Kaz yumurtası cesametinde kistik bir teşekkül. Cidar oldukça sert olup yer yer kireçlenme sahaları arz etmektedir. Kistin içinde, lümene doğru tebaruz eden, beyaz renkte, yarı üstüvani bir teşekkül mevcut. Bundan başka homojen bir madde, bir diş ve bir kıl yumağı tesbit edilmiştir. Mikroskopik muayene: Cidardan hazırlanan kuplarda tamamiyle hiyalinize olmuş bir bağ dokusu görülmüştür. Ortadaki tebarüzden hazırlanan kuplarda ise yine geniş hiyalinizasyon arzeden bir bağ dokusu ve deridekine müşabih bir epidermis ve bununla ilgili bir dermis tabakası tesbit edilmiştir. Malignite bahis konusu değildir.

Histolojik Diyagnoz : Dermoid kist

HÜLASA :

40 yaşında bir ev kadınında Mediastende tesbit edilen dermoid kist vak'ası. Bu vak'ada klinik araz olarak sırt ağrısı ve ara sıra hemoptizi mevcut.

Literatürde de ekseriyeti teşkil ettiği gibi bu vak'ada da kist ön mediastinde lokalizedir. Radyolojik olarak tesbit edilen kesafet içinde daha koyu gölgelere raslanmaktadır. Aşırı yapışıklık dolayısıyla yapılan güç bir ameliyat sonunda çıkarılan parçanın patolojik tetkikinde röntgen filminde görülen koyu gölgelerin diş ve kemik yapısında solit birer teşekkül ve kıl yumağı olduğu müşahade edilmiştir.

—oOo—

62 — «TÜBERKÜLOZ KLİNİĞİ PERSONELİNDE VE KLİNİK EŞYASINDA TÜBERKÜLOZ BASILI ARANMASI»

Dr. İhan VIDİNEL

Bir tüberküloz kliniğinde mevcut eşya üstünde ve klinik mensuplarının teneffüs yollarında tüberküloz basilinin ne nispette bulunabileceği tetkik edilmiştir. Çalışmalar 6 grupta yapılmıştır.

1 — Basili müspet hastaların röntgen filmleri serum physiologique ile yıkanmış, yıkama suyu kültüre ekilmiştir. 12 hastada yapılan bu ameliyede 10 menfi netice alınmış 1 vak'ada soprofit asido-resistan basıl, 1 vak'ada da hakiki tüberküloz basili üremiştir.

2 — Beş doktorun balgam muayenesinde 4 dü kültürle menfi gelmiş 1 inde photochromogenic saprofit basıl üremiştir.

3 — 32 hademe ve laboranttan 29 unda negatif kültür elde edilmiş 2 sinde soprofit asido-resistan basıl üremiş 1 inde tüberküloz basili pozitif bulunmuştur. Bu pozitif hademe radyolojik tetkike tabi tutulduğunda kendisinde akciğer tüberkülozu tespit edilmiştir.

4 — 10 basıl müspet hastanın komodinin üstü ve karyola demirleri serum physiologique ile yıkanmış ve kültüre ekilmiştir. Netice hepsinde menfidir.

5 — Klinikte hastaların yattığı 10 odanın kapı tokmaklarından kültür yapılmış netice daima menfi kalmıştır.

6 — Basili müspet 15 hastanın derece kâğıtlarının yıkama suyu kültüre ekilmiş ve netice daima menfi kalmıştır.

Bu neticelere göre tüberküloz kliniğindeki eşyanın enfeksiyon kabiliyetinin çok az bulunduğunu ve direkt muayeneler ile tespit edilen asido-resistan bakterilerden pek çoğunun saprofit olduğunu düşünmekteyiz.

—oOo—

AKCİĞER KANSERİ İLE MÜŞTEREK AKCİĞER TÜBERKÜLOZU VAKASI

Dr. Nusret KARASU

Dr. Bahattin ÇETİN

Dr. İhan VİDİNEL

Dr. İrfan KAYAALP

Bütün dünyada akciğer tümörlerinin artmakta olduğu, bugün için bütün müelliflerce kabul edilen bir hakikattir. Bu artışın ileri sürülen sebeplerini şu şekilde tophyabiliriz :

- 1 — Sigara, kullananların artması,
- 2 — Atmosferik pollusyon,
- 3 — Muhtelif sanayi bölümlerinde kanserojen maddelerle temas,
- 4 — Akciğerin iltihabı hastalıklarında tedavi imkânlarının çok artmış bulunması, ve hastaların bu infeksiyon hastalıklarından vefat etmeyip şifası neticesi, akciğerlerde değişik tipte skarların teşekkülü ve bu skarların kanser potansiyelini haiz olması keyfiyeti.

Son zamanlarda tedavi imkânına kavuşan ve fibrozis ile şifa bulan tüberküloz, en ön sırayı tutmaktadır. Antibakteriyel tedavinin keşfinden evvel tüberküloz sebebiyle vefat eden bir çok hastalar, tedavi ile şifa bulmakta ve bu şifa esnasında teşekkül eden granülasyon dokusu ve fibrozis, ve sonrada akciğer kanseri için bir nüve teşkil etmektedir.

4. Türk Tüberküloz kongresine arz edeceğim vaka, kanser ile kombine bir akciğer tüberkülozudur :

Hastamız T.Ş. isminde, 30 yaşında, memur, 14/4/958 de kliniğimize yatmıştır.

Şikâyeti : Öksürük, balgam çıkarma, geceleri terleme, halsizlik ve zayıflama.

Hastalık seyri : 1958 senesi Mart ortasında zayıflamağa, öksürmeğe ve ateşi yükselmeğe başlamış, 10 gün sonrada şikâyetlerinin artması üzerine, gönderildiği dispanserde lüzumlu muayeneler yapılmış, asido-rezistan basil müsbet bulunmuş, hasta tetkik ve tedavi için kliniğimize yatırılmıştır. Hasta yattığında 1.65 boyunda, ve 56 kg. ağırlığında olup, ensesinde 1 cm. kutrunda nevüs, ve sol klavikula altında bir başka ne-

vüs mevcut. Solunum sistemi muayenesinde palpasyonla: Vibrasyon torasik sol kaideye azalmış,; Perküsyonla solda skapula altından kaideye kadar matite alınıyor. Oskültasyonla: sağ apekte teneffüs sesleri hasinleşmiş, kaideye doğru sesler hafif azalmakta; solda klavikula altından suflı kavernö işitilmekte, arkada paravertebral nahiye ve buradan kaideye doğru teneffüs sesleri hafiflemekte ve kaideye hiç alnamamaktadır. Sindirim sistemi tabii. Kalp oskültasyonunda: bütün odaklarda sesler hafiflemiştir. Hasta yattığında 37-39 C arasında ateşli idi. 220 gün PAS, Sm ve İzoniazid almıştır. İlaça başladıktan bir hafta sonra ateş normale düşerek, taburcu olmasından 20 gün evveline kadar subfebril seyretti. Son 20 gün içinde ateş tekrar yükselerek çıkıncaya kadar 37-39 C arasında devam etti.

Laboratuvar : PPD müsbet, homo ile balgamda asido-rezistan basil 10 defa menfi 4 defa müsbet, Kültür 2 defa müsbet (Sm. e 5 mikrogramda; isoniazide 0,1 mikrogramda hassastır). Sedimentasyon: girişte: 57 mm., çıkışta: 55 mm. idi. kan bulguları ve idrar normal.

19/4/958 tarihinde sol plevra boşluğundan 40 cc. mayı alındı. Mayı serofibrinövsafta olup Rivalta müsbet, albumin 38 gr. homo ve kültür ile asidorezistan basil menfi, olup lenfositler hakim.

10/11/958 tarihinde sağ plevra boşluğundan alınan 40 cc. mayı hemorajik idi. Patolojik anatomiden tümöral prosessüs teşhisi gelmiştir.

18/11/958 de yapılan bronkoskopide sağ alt lop segment bronşu altında tümöral prosessüs tespit edilmiş, yapılan biopsi neticesi patolojik anatomiden oat cell carsinomu gelmiştir.

Radyoloji : 12/4/958 tarihli akciğer radyogramında trakea sağa deviyeye, sağda kosta aralıkları sola nazaran daralmış, sağ akciğerde üst ve orta zonda, aralarında açıklıklar bulunan, büyük benekler tarzında kesafetler, sol akciğerde yine üst ve orta zonda sağa nazaran daha kesif ve yaygın olan kesafetlerle, önden 6 ncı kostaya kadar yükselen ve sol sinusu tamamen kapayan, üst seviyesi parabolik bir seviye gösteren homojen bir kesafet görülmektedir. Solda klavikula altında 5 cm. çapında kaviter bir imaj görülmektedir.

9/9/958 tarihli akciğer radyogramında, bir evvelkinden farklı olarak: sağdaki kesafetler çok silinmiş olup, üst ve orta zonda benekler tarzında bir manzara gösteriyor. Sağ arka 7. inci kostanın altında, hilusa kadar temadi eden, etrafı gayri muntazam, nonhomojen kesafet olup sağ sinus kapalı görünüyor. Soldaki kaviter imaj görülmemekte olup, kesif gölgeler çok azalmıştır.

28/11/958 tarihli akciğer radyogramında evvelkinden farklı olarak, sağ arka 6 ncı kostanın altından aşağıya doğru ve kalp gölgesiyle temadi eden homojen ve daha kesif gölge görülmekte, sol akciğerde üst ve orta zonda benekler tarzında yumuşak gölgelere rastlanmaktadır.

Hastamızın umumi ahvali kötüleştiğinden palyatif tedaviye devam etmek üzere 2/12/958 tarihinde 51 kg. ile taburcu edilmiştir. Bilâhare aldığımız habere göre hasta, taburcu olduğunun ilk haftası içinde exitus olmuştur.

Hastanın filmlerinde de görüldüğü gibi, her iki apekte mevcut tüberküloz lezyonları, antibakteriyel tedaviye gayet iyi cevap vermiş, ve çok süratli bir regresyon göstermiştir. Tedaviye başladıktan 5 ay sonra, filmlerde tümöral süreçte ait gölgelerin belirmesi ve bu tümörün 30 gibi akciğer kanserleri için çok erken bir yaşta görülüşü, bizi bu vakada tümör ile tüberküloz arasında bir münasebet kurmağa sevkettir. Vakamız şimdiye kadar kliniğimizde tesadüf ettiğimiz en genç akciğer kanseridir. Hasta sigara kullanmıyordu. Kanaatimizce bu vakamızda tümör nüvesini, tüberküloz tabiatli sikatris veya granülasyon nesci teşkil etmektedir.

Muhterem heyetinizi hürmetle selâmlarım.

—oOo—

Celse Konusu : Serbest Tebliğler

ON YEDİNCİ CELSE

Celse Başkanları : Dr. Sabih OKTAY — Dr. Hilmi AKIN

Celse Kâtipleri : Dr. Behiç YÜCEL — Dr. Celâlettin AYATA

ENTERESAN BİR TİROİD TUMÖRÜ VAK'ASI

Dr. Nusret KARASU

Dr. Mesude YÜCEL

Dr. İlhan VİDİNEL

Dr. Nora DARYAVUZ

Tümöral bir hastalıkla hematojen metastazların ve bu meydana akciğer metastazlarının ortaya çıkışı, hastalığın son safhasına girmiş olduğunu ve mukadder neticenin çok yakın olduğunu işareti sayılır. Palyatif tedaviden başka hiçbir metodun tatbik olunamadığı bu vakalar umumiyetle tabii seyirlerine bırakılırlar.

Tesadüf ettiğimiz ve Kliniğimizde tetkik etmek imkânını bulduğumuz bir tiroit tümörü vak'ası senelerce evvel Akciğerde metastas yapmış olduğu halde tamamiyle stasyoner kalmış ve hastada hiçbir genel veya lokal araz tevhit etmeden aynı durumda sebat ederek metastas yapmış habis tümörlerin dahi uzun seneler hastanın oldukça normal bir hayat sürmesi ile kabili telif olabileceğini göstermiştir.

Hastamız 19 yaşında Kız F.K. 12-10-1957 tarihinde kliniğimize yatırılmıştır.

Şikâyeti Eforla gelen hafif nefes darlığı.

Hastalığın : Gidişi : 1951 yılında öksürük, Ateşle hastalanmış ve boynunun sol tarafında bir şişlik peyda olmuş, 1953 senesi Haziran ayında bir Sanatoryuma yatırılmış, o zaman çok ateşli imiş çok zayıflamış ve 31 Kg. kadar düşmüş. Sanatoryumda Teksif ve Kültürle balgamda B.K. Menfi bulunmuş. Eritrosit 3200000 Hemoglobin % 55 Lökosit 3000 Formül: ST 8, seg: 60, Len: 30, EO 4, Mono : 4 Sediman-

tasyon 2-10 mm. Vital kapasite 1500 cc. İdrar tabii 22-6-1953 tarihinde boynundaki tümöral kitleyi teşkil eden lenf ganglionları ameliyatla çıkarılmış fakat bu materyalin patolojik tetkiki yapılmamıştır. Hastaya sanatoryumda yattığı müddetçe 2 ay Milyar Tüberküloz teşhisi ile Streptomisin, İzoniazid, verilmiş ve Pnömo-perituan tatbik edilmiştir.

Röntgen tetkikleri : Her iki hemitoraksta 3-6 mm çapında adet ve büyüklükleri yukarıdan aşağı artan hudutları gayri muntazam yuvarlak kesafetler mevcuttu. 2 ay sonra tekrar edilen filmde hiçbir değişiklik görülmemiş.

İlk Sanatoryum tedavisinden sonra hastanın ateşi normale avdet etmişse de hafif nefes darlığı devam etmiştir.

Hasta 1956 Ağustos ayında yeniden Sanatoryuma yatırılarak dört ay tedavi edilmiştir. Bu yatışında da balgamda B.K. menfi bulunmuş eritosit 2300000 Hemoglob'in % 55 Lökosit 3500 formül ST 4 Seg. 48 Lenf 34 Mono 4 EO 3 Sedimentasyon 9-23 mm. İdrar tabii Vital kapasite 1300 cc olarak tesbit edilmiştir. Hasta yine milyar Tüberküloz teşhisi ile streptomisin, İzoniazid ve pnömoperituan tedavisi görmüştür.

Hasta 1957 Mayısında bir tüberküloz tedavisine tabi tutulmuştur. Çekilen akciğer röntgen filmleri 1953 senesinde çekilenin aynı bulunmuştur.

Hasta bundan sonra 12-10-1957 tarihinde kliniğimize müracaat ederek yatırılmıştır.

Öz geçmişi : Çocukluk hastalıklarını tarif etmiyor.

Soy geçmişi : Annesi Babası sağ ve sıhhatte kendisinden küçük bir erkek, bir kız kardeşi sağ ve sıhhatte kendisi bekârdır.

Zararlı alışkanlıkları : Yok

Vücut fonksiyonları tabii

Görünüş : Neşesiz önüne bakarak düşünüyor. Sık sık ufak bahanelerle ağlıyor

Durumu aktif

Baş : Saç ve baş derisi normal yüz hareketleri normal, ekzoftalmi yok. Gözde tiroit hiperfonksiyonuna ait araz yok. pupillalar eşit ışık ve mesafe refleksleri normal Eforla burun ucunda siyanoz oluyor konka deviasyonu yok.

Kulaklar : Dış kulak sayvanı, Dış kulak yolu ve zarı normal, işitme normal. Eforla kulak memelerinde siyanoz meydana geliyor.

Ağız : Dudaklar hafif siyanoze bu hal eforla artıyor. Dişler bakımlı bir ufak çürük var eksik dişi yok dili ve ağız mukozası normal, dil hareketleri normal, tonsiller hafifce hipertrofik, farenk ve yumuşak damak normal.

Boyun : Boyun cildinde sağda ve solda iki adet lenf bezi biopsisi nedbesi mevcut, boynun her iki tarafında sternakleidomastoit kasın önünde bezelye ile mercimek büyüklüğünde birkaç adet lenf bezi ele geliyor. Trakea orta hatta.

Tiroit : Sağ fusta fındık, Sol fusta bezelye büyüklüğünde birer adet sert nodül ele gelmektedir. Tiroit cildi iltisaklı değil, yutkunma ile normal hareketini yapıyor.

Toraks : Enspeksiyonda toraks cildi normal, koltuk altı lenf bezeleri ele gelmiyor. Supraklaviküler çukurlarda mercimek ve bezelye büyüklüğünde ufak nodüller ele geliyor. Kifos, Skolyoz mevcut değil, solunum hareketleri tabii, palpasyonla: vibrasyon torasik tabii, göğüslerde palpabl kitle mevcut değil. Perküsyonda: Akciğerlerin sonoritesi tabii, karaciğerin izafi mati tesi 4, mutlak matitesi 5. aralıkta, Traube açık.

Oskültasyonda: solunum sesleri normal.

Dolaşım sistemi : Nabız dakikada 80, Muntazam dolgun, Kalp tepetamı medioklaviküler hattın bir cm. dışında 5 inci interkostal mesafede, kalp sesleri bütün odaklarda normal, K.B. 12,5 - 7,5 cm Hg. Hafif eforla nabız dakikada 120 ye çıkıyor, 2 dakika sonra 96 ya iniyor, hafif eforu müteakip uçlarda siyanoz husule geliyor.

Karn : İnspeksiyonda normal, palpasyonda: Ağrılı bölge yok, karında kitle mevcut değil. Karaciğer dalak ele gelmiyor, Böbrekler palpabl değil. ureterler ve Mc Burney hassas değil, kasıkta lenf ganlionları ele gelmiyor.

Sinir sistemi : Motor ve hissi sistem tabii, refleksler tabii.

Labratuvar bulguları: PPD +, Asidorezistan basil 9 teksifte ve dört kültürde B.K. Menfi, Wassermann Kahn: menfi, aklık kan şekeri: % 79 mg. Bazal metabolizma + 21 İdrar ve kan kültüründe Bk menfi, Vital kapasite 1200 cc.

Eritrosit 4000000 lökosit 7200, Hemoglob'in: % 85 Formül: St 2, Seg 62, lenf 32, Mono 4 Eo 2 sedimentasyon girişte 6 mm çıkışta 1 mm.

Bronkoskopi Tabii

Patoloji Raporu : 28-11-1957 tarihinde yapılan skalenbiopsinin patolojik tetkikinde bir kenarında lenfoit doku bulunan teşekkül, homojen kolloidal vasıfta bir madde ihtiva eden kistik mesafeler folliküller, glandüler ve papiller oluşunlar göstermektedir. Kistik mesafelere vakii papiller vejetasyonlar hücreden zengin olup, küpik bazı safhalarda silindirik bir vasıftadır. Kolloit ihtiva eden folliküllere ait hücrelerde aynı evsafa olup bariz bir atipi arz etmektedir. Bununla beraber glandüler ve papiller teşekküllerdeki intizamsızlık bazı safhalarda struma içine vaki tümöral infiltrasyon vakada bir malignitenin de bahis konusu olduğunu düşündürür bu bulgular büyük bir ihtimalle metastas yapan bir tiroit kist adenopapiller tümörüne ait bir lenf gangliyonu metastası olduğunu telkin etmektedir. Bundan başka aberan bir tiroitede bahis konusu olabilir.

Histolojik diağnoz : Lateral tiroit tümörü (tiroit papiller kit adenomu metastazi)

Radyolojik bulgular : Her iki hemitoraks birbirine eşit, kosta aralıkları birbirine eşit, kardiofrenik ve kostofrenik sinuslar açık trakea bilus ve kalp tabii, her iki hemitoroksta hudutları bariz olmayan 3 ve 9 mm çapında zirveden kaideye doğru adet ve büyüklükleri artan homojen kesafetler mevcut. Etraf kemiklerinin, vertebraların ve baş kemiklerinin grafileri tabii. Hastamızın enteresan tarafı. 1951 senesinde hastalığının başlamış boynundaki tümöral kitle ile akciğerdeki metastatik gölgelerin 1953 senesinde teşhis edilmiş olmasına rağmen bu tarihten sonra gerek hastanın şikâyetleri gerekse anatomik lezyonların vus'atı bakımından 1953 den beri hiç bir değişiklik göstermeyişidir. Tıp literatürünün karıştırarak bu mevzuuda edindiğimiz bilgiler bize bu halin bazı cins tümörlerde bilhassa tiroit tümörlerinden vaki olabileceğini göstermiştir. Hakikaten yapılmış olan boyun lef bezi biyopsisi hastamızda bir tiroit tümörünün mevzu bahis olduğunu ortaya çıkarmıştır. Tiroit guddesi içindeki tümörün seneler boyunca bir fındık cesametini asmayışı buna mukabil boyun lenf bezlerinde ve akciğerde yaygın metastaslar tevhit edişide enteresandır.

Tiroid tümörlerinin bir hususiyeti epiteliyal hiperpilazi selim ve habis tümörler arasında bazı vakalarda kesin bir tefrik kabil olmamasıdır, goitreli bir tiroitteki nodüller hiperpilazi sahaları adenomatöz bir hale geçebildiği gibi adenoma ve kanser arasında kati bir tefrik yapmak her zaman mümkün olamaz ve bir çok selim adenomalar hiçbir strüktür değişikliği göstermeden zamanla metastas yapmak suretiyle habis bir karakter kazanabilirler. : Adenomalar: Hudutları vazih olarak belli

kapsüllü ve hiçbir yayım ve metastas belirtisi göstermiyen tümörlerdir : Korsinomalar : Etrafına yayılan ve metastas yapan fakat histolojik yapısı çok değişik olan tümörlerdir. Bir karsinoma histolojik olarak tıpkı bir selim tümör intibai, hatta bazan normal tiroit nesci intibai verebilir.

Hiçbir tümörde tiroit kanserinde olduğu kadar büyüme ve metastas yapma kabiliyetinde tahavvül mevcut değildir. Tiroit tümörlerinin bir kısmı gayet yavaş büyür ve civar lenf bezlerine birer birer senelerce devam eden çok uzun bir süre zarfında metastas yaparlar. Kan yolu ile meydana gelen metastasların da inkişafı çok yavaştır. Diğer taraftan bazı anaplastik tiroit tümörleri ise gayet süratle büyür ve süratle metastas yaparak hastayı bir kaç ayda öldürür. Vakamız tiroit tümörlerinin bu hususiyetlerine canlı bir misâl teşkil için kongreye arz edilmiştir.

—oOo—

PARAPLEJİ POTİK'de ANTERO — LATERAL DEKOMPRESSION AMELİYAT NETİCELERİ

Dr. Orhan ASLANOĞLU

Maldepott'un en kötü ve doktorları en çok uğraştıran komplikasyonu paraplejidir. Maldepott paraplejilerinin tedavisinde konservatif veya müdahaleci olmak üzere iki zıt fikir devam edegelmektedir. Fakat cerrahinin kan nakli, antibiyotik ve narkozda yaptığı hamlelerle bu sahada da radikal ameliyatlara konservatif durum gittikçe bırakılmaktadır. Bu gün burada bahsetmek istediğimiz ameliyat şekli kısaca şudur :

Maldepott'larda paraplejiyi meydana getiren extra-madullaire bir tazyiktir. Bu tazyik ya apse ile veya burda mevcut kemik sekestr'leri veyahutta yerinden kaymış disk parçalarıdır. İşte cerrahi müdahale ile yandan vertebraya varmak ve medullayı ön yüzünden tazyik eden sekestr ve apseyi temizlemektir.

Paraplejilerde Antero - Lateral Dekompression ameliyatından evvel COSTO — Transversectomie ile paravertebral apseleri boşaltılıyordu. Fakat bazan apse çıkmıyor veyahut da apsenin intra - Meduller kısmı ile teması olmadığından ameliyat muvaffak olmuyordu. Sekestrlere gelince

Sıra No.	Proto-kol	Yaş	Lokali Sation	Hastalık müddeti	Parapleji müddeti	Sifakter zükük-ları	Ameliyat bulgusu	İlk müsbet bulgu	N E T İ C E
1	438/958	25	D. 9.8	5 sene	8 ay	Yok	Apse	3 üncü gün parmak-ları oynadı	40 ıncı günde yürüdü
2	758/958	60	D. 7.8.9.	2 sene	9 ay	Var	Apse sekestr	16 ncı günde hissiyet başladı	30 uncu günde yürüdü
3	784/958	28	D. 11.12	2 sene	1 yıl	Yok	Apse	6 ncı gün	40 ıncı günde yürüdü
4	501/958	55	D. 9.10.11	3 sene	4 ay	Var	Apse Sekestr	7 ncı günde hareket 20 ncı günde idrar ve gaita tutuyor	55 ıncı günde yardımı la yürüyerek taburcu edildi
5	451/958	45	D. 10.11	3 sene	1,5 ay	Var	Apse sekestr	4 üncü günü parmak-ları oynadı	45 ıncı günde yürüdü
6	521/958	48	D. 8.9.	8 sene	8 ay	Yok	Apse	Ameliyat şokundan vefat etti	
7	146/958	19	D. 6.7.8.9.	3 sene	5 ay	Yok	Apse	15 ıncı günde parmak-ları oynadı	60 ıncı günde yürüdü
8	298/958	60	D. 9.10.	2 sene	3 ay	Yok	Apse sekestr	Ertesi günü parmak-ları oynadı	40 ıncı günde yürüdü
9	174/958	50	D. 7.8.	2,5 sene	1 yıl	Yok	Apse sekestr	2 ncı günde parmak-ları oynadı	35 ıncı günde yürüdü

bu ameliyatda bunlar kahyordu. Antero - lateral dekompression ameliyatı İngiltere'de 1946 da Dott ve Alexandr tarafından ilk defa tatbik edildi ve Seddon bu usuli genişleterek 175 kişide iyi neticeler aldı. Ve ameliyatı tanıtmakta rol oynadı. Memleketimizde bu usulle ilk veya ilk defa yapılanlar arasında olan 9 vak'anın neticelerini arz etmek istiyorum.

Tabloda görüldüğü gibi 9 hastadan biri vefat etmiştir. Bunu çıkarırsak 8 hasta 30 - 60 gün arasında yürümüşlerdir. Ameliyatı 15 günü içerisinde'de ayak parmaklarını oynatmışlar ve duyma başlamış olup bunlardan biri 55. ncı günü yardımı la yürümüş diğerleri ise yürüyerek hastanemizden ayrılmışlardır.

Bu ameliyatların 4 nde apse bulunmuş geri kalan (5) nde hem abse ve hemde medullaya önden tazyik eden sekestrler bulunmuştur. Ameliyatta çıkarılan sekestrlerin kendilerini ve resimlerini sunuyorum.

Bu sekestrlerin alınması ilede hastalar yürür hale gelmişlerdir.

Hastalar ; 5 ve 8 senelik iki hastayı çıkarırsak ekserisi 2,5 senelik maldepott hastalığına musabırlar ve bunlarda parapleji ortalama olarak (6) aylıktır. Erken ve fazla vakit geçirmeden cerrahi müdahale yapıldığında neticeler çok iyi olmuştur.

Antero - Lateral Dekompression ameliyatından evvel yapılan Costo - Transversektomi ve Laminektomi ameliyatlarından bu şekilde yüksek nisbette iyi bir netice alınamıyordu.

Bu (9) Vak'adan biri müstesna hepside evlerinde ve diğer hastahanelerde konservatif tedaviye tabii tutulmuş ve netice alınmamıştır. Eğer dahada gecikecek olsalardı Antero - lateral dekompression ameliyatından istifade edemeyeceklerdi. Bu bakımdan sözlerime son verirken Maldepott paraplejilerinde en iyi tedavi çaresi uzun konservatif tedavilerle gecikilmeden yapılacak medullayı tazyik eden sekestr veya apseyi temizleyen entero-Lateral Dekompression ameliyatıdır.

ABSE GÖSTEREN MATESTATİK KEMİK KANSERLERİ

Bütün organ ve dokuların tümörleri kemiklerde metastas yaparlar; Klinik ve radyolojik olarak şu klâsik arazları verirler.

Klinik olarak : Ağrı, şişkinlik, spontan kırık.

Radyolojik olarak : Osteoplastik tiplerde kalsification ve ilâve şekiller, osteolitik tipte ise dakalsification ve kistik teşekküller. Bu klâsik arazlara ilâveten iki hastada'da rasladığımız kemik veremi gibi soğuk apse teşekkülünde ilâve etmek icap edecektir.

1. ncı Vak'a — Protokol 594/957

56 yaşında erkek, bir seneden beri hasta, sol kalçasına giren ağrılarla başlamış ve bir müddet sonra sol iliak kemik üzerinde şişlik olmuş. Bu şişlik bir apse şeklinde kemik veremi teşhisi ile hastanemize havale edilmiş ve yatmış. Yapılan muayenesinde: Sol iliak kemik üzerinden iliak boşluğu dolduran ufak bir çocuk başı cesametinde apse mevcut. Ponksiyonda soğuk apse alındı. Rontgen filminde sol iliak kemikte geniş harabiyet görülmüyor. Apsede mevcut olunca iliak kemiği tüberküloz teşhisine varıldı ve bir müdahale yapılarak apse boşaltıldı. Kemik rezeksiyonuna geçildiğinde kemiğin erimiş şeker gibi yumuşak olduğu, küretin altında kolayca koptuğu görüldü ve şüphelenilerek apse civarı kemik parçaları patolojik muayene için gönderildi. İstanbul Üniversitesi Kansere Enstitüsü'nden gelen raporda (3254/957) teşhis : Carcinoma Spino cellulaire metastaticum Bu rapora alınca aynı günlerde serviste yatan ve inguinal bir apse göstermesine rağmen radyolojik olarak kemik veremi teşhisi koyamadığımız, ikinci vak'ayı hatırladık, bu bir kadın hasta idi ve anemnezinin alınmasında bu taraf araştırılınca hasta kadının 6 yıl evvel bir uterus kanseri geçirdiği ve rontgen tedavisi gördüğü meydana çıktı.

2. ncı Vak'a : 46 yaşında kadın (Protokol 408/957)

Sikâyeti: Sol kalçasındaki ağrı ve kasığındaki apsedan, bir seneden beri sol kasıkta ağrı varmış ve 5-6 ay evvel kasığında şişlik olmuş, ponksiyonlarla apse boşaltmışlar, ve sonrada kalçası kıvrılmış. Lokal muayenede, sol kalça flexion halinde, semie ankiloze ve iki yumruk cesametinde krista iliak üzerinde abse mevcut. Filinde tet normal mafsalları mesafesi dar acetabulum üst kenarında litik tezahürat. Coxits teşhisi ile ameliyata alındı, fakat absenin mafsalla rabitası bulunamadı. Ayrıyeten sol inguinale yapılan bir şakla abse boşaltıldı. Bacağın flexionu düzeltildi ve alçıya alındı, absede fistülize olmadan kurudu. Mafsalla ilişkisi olmayan bu absenin mahiyeti anlaşılmamıştı. Birinci vak'anın anatomio - Patolojik raporu üzerine bu vak'anın böyle bir tümör metastası olup olmayacağı düşünülerek geçmişi araştırılınca rahim kanserinden radyolojik tedavi gördüğü meydana çıktı. Bu abseyide kanserin metastas absesi olarak kabul etmek lâzım geldi.

Bu iki vak'ada görülen metastatik kemik kanserleri abselerini izah etmek zor oluyor. Karıştırılan klâsik eserlerden ve kemik mecmualarında buna benzer bir vak'a veya soğuk abseye raslayamadım. Bu abselerin bakteriyolojik muayenelerini yaptırmak bir eksiklik, fakat kanser geleceği tahmin, edilemediğinden lüzum görülmemiştir.

Bu apseler nereye bağlanabilir? Bir Mixt infection veyahut aseptik bir abse. Bu abselerin derin olması sonra bir porta D' entre görülmemesine dayanarak bunların ileri derecede litik bir vetirenin sonucunda erimiş kemik parçalarının terakümü ve bunun reaksiyonu neticesi bir se-rozite toplanması şeklinde izah edilebilir kanaatındayım.

—oOo—

AMPIYEMDE TIBBİ (Muhafazakâr) TEDAVİDEN

ALINAN SONUÇLAR [*]

Dr. A. İhsan BALIM

Dr. Necdet BALCI

MATERİEL VE METOD :

Hastahanemize son üç buçuk senedir yatırılarak tedavileri yapılan on sekiz ampiyem vakası üzerinde yapılan tıbbi muhafazakâr tedaviden alınan neticelerin tahlilini ihtiva eden bir rapordur. Vakalarımızdan 9 tanesi Afyon, 7 tanesi Isparta ve 2 tanesi Denizli dolaylarından olup hepsi de köylü çiftçi kimselerdir ve en küçüğü yedi aylık en büyüğü 66 yaşında olup, yaş distribüsyonuna göre vakalarımızdan bir tanesi bir yaşın altında üç tanesi on ile yirmi yaş arasında (yirmi yaş hariç) sekiz tanesi yirmi ile otuz yaş arasında, üç tanesi otuz ile kırk yaş arasında ve üç tanesi kırk ile yetmiş yaşları arasındadır; vakalarımızdan birisi çocuk, yedisi kadın, onu erkektir. Hastalar servise kabul edildikten sonra rutin giriş müşahede ve laboratuvar muayenelerinden sonra thorocentese e tabi tutulmuşlar ve alınan mayinin basit bakteriyolojik ve sitolojik muayenesi yapılmak suretiyle teşhisleri vaz edilmiştir. Vakaların etiolojisi ve patojenezlerine göre tasnifinde: Ondört vakanın Tüberküloz tabiatlı ampiyem vakaları olduğu, bunlardan yedi tanesinin primer ampiyem şeklinde başladığı, altı tanesinin spontan pnömo toraks ihtilâti olarak akciğer Tb ile komplike vaziyette teessüs ettiği ve bir tanesinin terapötik pnömotoraksın ihtilâti olduğu tespit edildi. Primer ampiyem şeklinde başlayan vakalardan ikisine bize gelmeden evvel civar hastahanelerden birisinde torakotomi yapıp dren konmuştu ve bize fistülü olarak geldiler. Mütebaki dört vaka nontüberküloz ampiyem vakaları idi, bun-

[*] Saniir Kent Göğüs Hastalıkları Hastahanesi.

lardan bir tanesi aynı zamanda römatisizmal kalp afeti ve mitral hastalığı ve kalp yetmezlik hali ile komplike bir vaka olduğu cihetle akciğer enfarktusu neticesi teessüs etmiş bir ampiyem vakası olarak kabul edildi, bir tanesi akciğer apsesi ihtilâti olarak teessüs etmişti, bir diğeri bir penetran göğüs travması ve hemotoraks ihtilâti olarak teessüs etmiş bir ampiyem vakası ve nihayet bir çocuk vakamız da pnömöni ihtilâti olarak teessüs eden bir ampiyem vakası idi. Vakaların hepsinde de etolojik teşhislerine göre antimikrobial tedavi genel ve lokal olarak yapılmıştır, ezcümle Tb tabiatlı vakalarda vakanın durumuna göre günde bir gramdan haftada iki grama kadar Streptomycin ve günde 300 ilâ 400 mgm İNH ve günde 10 gm PAS verilmiş ve bu genel antibakteriyel kombine tedaviye ek olarak floroskopik kontrol yapılarak plevrada biriken mayi vakasına göre her gün veya gün aşırı veya haftada, on beşte bir boşaltılmış ve plevraya Streptomycin ve Penicilline zerkleri yapılmıştır. Pek tabii olarak bütün vakalara suportif tedavi, bol vitamin ve protein ve karbonhidratlardan zengin bir gıda rejimi tatbik edilmiştir. Nontüberküloz tabiatlı vakalarda plevral ponksiyon ile mayi tamamen boşaltılmış ve 500.000 ilâ 1.000.000 U Penisillin her defasında lokal olarak verilmiş ve genel olarak da günde bir million üniteden aşağı düşmeyen Penicillin genel zerkleri yapılmıştır, şayet bu antibiotikin tatbikatından beklenen müsaide cevap alınmamışsa, Tetracycline ve Chloramphenicol ve Streptomycin gibi antibiotiklere de müracaat edilmiştir. Tatbik edilen tedavi tarzını aşağıdaki tablolarda teferrüatı ile gösterdik. Boşaltmalar da daima kapalı boşaltma sistemi, Poter cihazı kullanılmış ve mümkün olduğu kadar plevra boşluğuna hava kaçırılmamağa dikkat edilmiştir. Tamamen temizlendiği halde potansiyeli tehlike arz ettiğine kani olduğumuz ve türlü sebeplerle kollabe olan akciğerlerin reekspanse olarak bu boşlukları tamamen doldurmaları imkânı olmayan vakalar da pnömopéritoneuma bir yardımcı tedavi vasıtası olarak müracaat edilmiştir. Vakalarımızdan bir tanesini başlangıçta diğerini ampiyem halitamamen kurutulduktan sonra cerrahi müdahale (dekortikasyon) için bir başka müesseseye havale ettik, fakat maalesef yapılan müdahalelerden iyi sonuç alınmamış ve vakalar bize nüküslü olarak geri gönderilmiştir. Non tüberküloz vakalardan hiç birisinde cerrahi müdahale ihtiyacını hissetmedik, hepsi de bu tertip tedavi ile şifayap oldular.

TABLO : 1

Hastanın adı	Hastahaneye girişte Ampiyemin yaşı	Hastahane de kalındığı zaman süresi	Hastaya tatbik edilen antibiyotik tedavi einsi ve miktarları	Netice ve Müdahazat
1. K. Ö.	Hastalığın başlangıcı kesin olarak bilinemedi. Hastalık solda primer ampiyem şeklinde deklare olmuştur.	42 gün	16.4 gm İNAH ve 410 gm. PAS alınıp 6X500.000 U. Penicillin intra pleural verilmiştir.	Septik ateşleri zail olup rahallayan hasta cerrahi müdahale için başka hastahaneye sevk edilmiştir.
2. K. A.	Dört aylık hastalık haliyle geldi, solda primer ampiyem şeklinde	127 gün	1060 gm. PAS ve 50.5 gm. İNAH alınıp lokal olarak, yapılan 12 tahliye den sonra ceman 10 gm SM ve 9.8X10 U Penicilline intrapleural verilmiştir.	Ampiyem boşluğu yarı yarıya reekspanse olan akciğerle dommuş hasta Pnömotoraks (kıgım) hali ile çok büyük salâh ile hastahaneyi terk etmiş, bu güne kadar iyi kalmıştır. Tartı: 15 Kg.
3. Z. U.	Bir aylık hikâye ile solda primer ampiyem şeklinde hastahane ye geldi.	122 gün	980 gm. PAS, 36.5 gm İNAH ve 50 gm SM alınıp 10 tahliye de 10 gm. SM ve 5.000.000 U Penicillin lokal tatbik edilmiş ayrıca 49.5 gm genel tatbik edilmiştir.	Soldaki ampiyem tamamen kurumuş, bakiye pakiplorit ve sağa deviyce olan mediastin orta hatla gelecek klinik şifa sağlanmıştır Tartı artması : 17 Kg.
4. A. C.	Elze altı aylık hikâye ile geldi, hastalık sağda primer ampiyem şeklinde bağlanmış bir başka hastahane de torakotomi yapıldı dren konmuş sağda akutluk fâşül hali vardı.	94 gün	940 gm PAS, 28 gm İNAH ve 50 gm SM alınıp ve intrapleural olarak ceman 12 tahliye de 12 gm SM ve 12X106 U Penicilline verilmiştir.	İlk bir ayda fistül kapanmış ikinci ay sonunda ampiyem mayi kurumuştur. Pn. Peritoneum yaradımı ile dahi boşluk tamamen kaplanmamış hasta cerrahi müdahale için bir başka hastahane ye sevk edilmiştir : tartısı 8.5 kg. artmıştır. Muvaffakiyetsiz müdahaleden sonra hastalık reaktif olmuştur hastalen II ncı olarak yatırılmaktadır.
5. M. B.	Bize gelmeden ild sene evvel sağda epansmanlı pürüzi ile hastalanmış ve ilti ay evvel akut olarak hastalanmış (Ampiyem başlangıcı ?)	95 gün	750 gm PAS, 36.5 gm İNAH ve 94 gm SM ve lokal olarak ceman 8 tahliye de 8 gm SM ve 8X10 U. Penicilline intrapleural verilmiş ve ayrıca 25X106 U. Penicilline ve 42 gm Sulfamid tatbik edilmiştir.	Ampiyem mayi tamamen kurumuş, boşluk kapanmıştır. Tartısı 12 Kg. artmış klinik şifa sağlanmıştır. Penicilline ve Sulfamid bir miktardan itibaren ihtimale binaen verilmiştir.

Tablo : 1 in devamı

Hastanın adı	Hastahaneye girişte Ampiyemin yaşı	Hastahane de kal- dığı zaman süresi	Hastaya tatbik edilen antibio- tik tedavi cins ve miktarları	Notlar ve Mülâhazat
6. A. A.	Beş ay evvel hastalanmış üç ay evvel sola torakotomi yapılmış bize faal fistül ile geldi. Hastahık primer ampiyem olarak bağlanmıştır.	135 gün	40.5 gm INAH ve 56 gm SM ve 300 gm PAS alınıp ve ceman 19 tahlilye yapılmış ve bu tahlilyeler esnasında 19 gm SM ve 10X10° U. Penicilline lokal olarak intrapleural verilmiştir.	Fistül üç aydan evvel tamamen kapanmış ve fakat Pn. Pra rağmen ampiyem boşluğu tamamen kapanmamıştır. Tartı artması 7 kgm.
7. Ü. K.	Solda ampiyem (primer) şeklinde iki ay evvel hastalanmış Yedi aylık gebelik ile ihtilal etmiş bir vaka.	65 gün	65 gm. SM ve 26 gm INAH alınmış ve 300 gm PAS verilmiş; ceman 8 tahlilye 8 gm SM ve 6X10° U Penicilline intrapleural verildi.	Ampiyem mayili hemen de tamamı kurumuş ve boşluk fevkalâde küçülmüştür. sıhhatli bir çocuk doğurmuş ve tartısı 2 Kg artmış klinik gıfı ile çıkarılmış.
8. G. D.	Hasta hastalandıktan üç ay sonra bize İtri tarafli exudative productive çok ilerlemiş akciğer Tb. haliyle geldi, tedaviye alın- lıktan on gün sonra hastahane de sağda spontan Pnibx ve ampiyem Tb. teessüs etti.	214 gün	52 gm SM, 1450 gm PAS, 84.5 gm INAH alınıp ve ayrıca 9 gm Tetracycline (Oxy) alınıp ve ceman 11 tahlilye lokal olarak 11 gm SM ve 11X10° U Penicilline intrapleural verildi.	Hasta hem akciğer hem de pleura lezyonu bakımından mucizevi bir süratle iyileşme göstermiş ve klinik gıfı halli ile çıkarılmıştır Tartısı 2 Kg. artmıştır.
9. H. T.	Hastahanemize 6.5 aylık akciğer Tb. hikâyesi ve 4.5 aydır renalasma (Ampiyem'e bağlı ol- mast melhuz) ârazı ile geldi.	175 gün	44 gm SM, 1760 gm PAS ve 70 gm INAH ve ceman 10 tahlilye 10 gm SM ve 10X10° Penicilline intrapleural verilmiştir.	Bu tedavi ile hem akciğer Tb u ve hem de pleura âfeti süratle iyileşmiş, ampiyem boşluğu kapanmış, hasta klinik şifa halli ile çıkarılmıştır. Kaydedilen tartı artması 14 Kg.
10. H. H. Y.	Bir buçuk sene evvel sağda şiddetli ağrı ve öksürük ile akciğer Tb. ve muhtemelen spontan Pnibx neticesi ampiyem deklare olmuş, bize çok ilerlemiş bilateral fibrokaviter akciğer Tb. ile ihtilal etmiş bir ampiyem vakası olarak geldi.	94 gün	46 gm SM, 36 gm INAH alınıp ve beş tahlilye 5 gm SM ve 5,000,000 U Penicilline lokal verilmiştir.	Tatbik edilen Pn. Prun da yar-dımı ile sağ kaidedeki kısmi ampiyem zall olmuş ve akciğer âfeti gerilemiş, tartısı 14 Kg. artmış, hasta salah bulmuştur.

Tablo : 1 in devamı

Hastanın adı	Hastahaneye girişte Ampiyemin yaşı	Hastahane de kal- dığı zaman süresi	Hastaya tatbik edilen antibio- tik tedavi cins ve miktarları	Notlar ve Mülâhazat
11. B. G.	Dört sene evvel sol göğse vakti bir penetran travma (kurşun yarası) neticesi ampiyem nece- ssitas teessüs etmiş Böyle 1 inci defa daha ziyade bir cor pulmonale şikâyeti ile 2 ncı defa bronkopleural fistül ile kompli- ke geldi.	1 ci ya- tısta 20 gün 2 ci yatış 121 gün	510 gm PAS, 28 gm INAH 44 milyon U. Penicilline ceman 15 tahlilye 15 SM ve 7 milyon U. Penicilline	2 ncı yatışta balgamda BK (+) idi. Salah haliyle çıktı, kö- yünde öldü.
12. A. T.	Daha ziyade bir akciğer apsesi- ni andıran şikâyetlerle ilk mül- racaatı zamanında hastalık bir buçuk senelikmiş, ikinci mül- racaatında ağır bronkopleural fistülü olan ampiyem Tb. ve 3 üncü mülracaatında aynı zaman- da akciğer fibrozu ve Cor Pul- monale 'sı olan bir ampiyem vakası idi.	1 ci ya- tısta 45 gün 2 ci ya- tısta 78 gün 3 cü ya- tısta 92 gün	Ceman 85 gm SM, 84 milyon unite Penicilline ve 570 gm PAS ve 70 gm INAH ve 5 gm Tetracycline ve 3 gm Chloramphenicol ve 73 gm Sulfonamid alınıp ve on beş tahlilye 15 gm SM ve 15 milyon U; Penicilline lokal verilmiştir.	Bu tedaviler sayesinde hasta ilk gelişindeki kaşeksi ve kusar şe- kilde putrit balgam çıkartma ha- linden kurtulmuş ve iki sene ha- yatta kalmış, son çıkıştan altı ay sonra köyünde vefat etti.
13. R. Ö.	1 inci yatısından bir sene evvel spontan Pnibx ile ihtilal ede- rek akciğer Tb. deklare olmuş ve aynı zamanda spontan olan sak tarafta ampiyem başlıyor.	1 ci ya- tısta 74 gün 2 ci ya- tısta 148 gün	Ceman 74 gm SM ve 1500 gm PAS ve 74 gm INAH ve 10 gm Tetracycline ve 19 gm chlor amphenicol alıyor ve 17 tahlilye 17 gm. SM ve 17 mil- yon Penicilline lokal veriliyor.	1 inci yatısında salah halli ile cerrahiye verilmiş fakat müda- hale edilmemiş. 2 ncı gelişinde hastalık hep progrrese etmiş sağ- da ventil Pnibx teessüs ede- rek hastayı bir ayda exitus yap- mıştır.
14. M. S.	1 inci yatısından iki sene evvel solda akciğer Tb. na musap olu- yor, bir başka hastahanede Pn Thx. başlanıyor, bir sene insuf- lationdan sonra terkediliyor, aradan bir sene geçiyor bacak- lı ateşlerle solda ampiyem deklare oluyor.	1 ci ya- tısta 151 gün 2 ci ya- tısta 54 gün	80 gm INAH ve 700 gm PAS alınıp ve 16 tahlilye 16 gm SM ve 8 milyon Penicilline lokal verildi.	İlk yatısında hasta dikkate şa- yan salah gösterdi cerrahi mü- dahale için yollandı fakat mü- dahale yapılmadı. 2 ncı yatışta salah pek bariz olmadı BK hep (+) kaldı.

Tablo : 1 in devamı

Hastanın adı	Hastahaneye girişte Ampiyemin yaşı	Hastahane de kal- dığı zaman süresi	Hastaya tatbik edilen antibio- tik tedavi cins ve miktarları	Notice ve Mülâhazat
15. K. G.	Ampiyem hali deklare olmadan iki sene evvel vaki 1 inci yatı- rılışında Römatisizmal mitral afe- tine bağlı kalb yetmezliği teşhi- si ile tedavi edilmiş. Ampiyem hali ile yatarken daha komplet aritmisiye yetmezlik hali vardı ve on beş gündenberi solda	70 gün	50 gm SM ve 20 gm INAH ve 8.4 milyon U. Penicilline sekiz tahiyede 8 gm SM ve 4 mil- yon U. Penicilline lokal verildi.	Konjestif kalb yetmezliği teda- visine teşvik edilen lokal ampi- yem mayhî kurudu.
16. R. K.	Onbeş gün evvel göğsünün sağ tarafından tabanca kurşunu ile yaralanıyor, artan dispne ve ba- caklı ateşlerle hastahanemize yattırılıyor.	68 gün	33 gm SM ve 23.000.000 U ; Pe- nicilline genel olarak ilâveten 6 gm Tetracycline ve yapılan on tahiyede 10 gm SM ve 10.000.000 U Penicilline intrap- leural verilmştir.	Ampiyem mayhî tamamen zail ol- muş kollabe ciğer reekspanse olarak boşluğu doldurmuştur. Tam şifa.
17. I. S.	Sekiz günlük akut bir hastalık hikâyesi ile yatırılmıştır.	50 gün	16 gm SM ve 35.000.000 U Pe- nicilline ve 15 gm Tetracycline ve 5 gm Chloramphenicol veril- miş ve 6 boşaltma yapılmış ve intrapleural olarak 6 gm SM ve 6.000.000 U Penicilline veril- miştir.	Tam şifa sağlanan bu vaka tipik non tüberküloz ve akciğer apsesi ihtilâti olan bir ampiyem vaka- sıdır.
18. D. K.	Üç haftalık akut bir hastalık hikâyesi ile hastahaneye yatı- rılmış.	20 gün	6.000.000 U Penicilline ve 2,26 gm Chloramphenicol verilmiş- tir. Lokal tatbikat bir defaya mahsus yapılmıştır.	Pneumonia ihtilâtında görülen bir banal ampiyem vakası olan bu hasta sadece parenteral ge- nel antibakteriel tedavi ile ta- mamen şifayap olmuştur.

MUNAKAŞA :

Akciğerin Tüberküloz dışı hastalıklarında ihtilât olarak ampiyem vakalarına antimikrobial tedavinin erken ve bol miktarda ve yaygın ola-
rak kullanılması sayesinde bu gün artık çok nadir rastlanmaktadır, bu
husus şükran ile kayda değer bir müşahadedir (1) Gerek traumatik ve
gerekse banal akciğer iltihabı afetlerinin bir ihtilâti olarak zuhur eden
ampiyem vakalarında antibakteriel tedavinin genel ve lokal (intraple-
ural) olarak kombine tatbikatından alınacak sonuçlar bizim bu cins va-
kalarımızda olduğu gibi fevkalâde müsaide ve yüz güldürücüdür. Kapalı
bir sistem dahilinde havanın ampiyem boşluğuna kaçmasına meydan
verilmeksizin göğüs boşluğundaki cerahatın hepsini veya mümkün oldu-
ğu kadarını boşaltmak ve alınan mayide bakteriyolojik muayene yapa-
rak ajan mikrobienin hassas olduğu antibiotiği bulup tatbik etmek ideal
tedavi şekli olmalıdır, biz bu tip vakalarda elimizde kültür yapacak bak-
teriyolojik ince tetkikler yapacak imkânlar olmadığı için en geniş spek-
trumlu olan SM zait Penicilline kombinasyonunu hem lokal hem de genel
olarak vakalarımızın kısmı azamında tatbik ettik. Günlük radyoskopik
kontrolde mayinin toplandığı tespit edilince derhal boşaltma yapıyorduk.

Tb tabiatlı ampiyem vakalarına gelince ki bizim serimizde ondört
vaka ile kısmı azamı bu vakalar teşkil ediyor: Bu vakalarda yukarıda
belirttiğimiz aynı prensiplerle erken tedaviye başlamak çok avantajlı ol-
maktadır, plevrada irreversible değişiklikler peydah olduktan sonra te-
vessül edilecek tedavi o kadar parlak olmamaktadır. Netekim taplomuz-
da 8 ci sırada hülâsa edilen vaka da spontan PnTx ile komplike ampi-
yem çıkar çıkmaz tedaviye başlanmış ve ümitsiz görülen inzar süratle
düzelmiş ve vaka şifayap olmuştur. Hastalığın yaşı kadar BK nın anti-
biotiklere mukavemet durumu ve assosiye olan (şayet varsa) akciğer
lezyonunun durumu da tedavinin neticesine tesir etmektedir. Netekim 13
cü sırada gösterilen vakada bütün gayretimizi boşa çıkartan bir prog-
ressif gidiş vardı ve kanaatımızca buna sebeb rezistans ve akciğer afe-
tinin progressif tabiatı idi. Bir de bronkopleural fistula teşekkülünün in-
zarı gayrimüsaite yaptığına işaret etmek isteriz, 12 ci sırada gösterilen
vaka ve II ci sırada takdim edilen vakalarımız buna misal teşkil eder-
ler. Bütün tıbbi tedaviye rağmen tamamen tıkanmayan, kapanmayan
pleura boşlukları ampiyemin kurumuş olmasına rağmen potansiyel teh-
like arzederler ve bu gibi vakaların kurutulduktan sonra hiç olmazsa
thoracoplastie için olsun göğüs cerrahisine havalesi icap eder, maalesef
bizim vakalarda cerrahi müdahaleler parlak olmamıştır. Vakalarımızın
ekserisinin belli başlı büyük merkezlerden çevrilmiş ihtilâtlı ve sürtüncü-
mede kalmış vakalar olduğu dikkat nazarına alınırsa sadece tıbbi te-

davi ile elde ettiğimiz bu netice hiç de küğümsenemez. Gönül isterdiki daha geniş imkânlarımız olsun ve Streptokinase ve Hyaluronidase' ve sa-ir tryptik anzimleri intrapleural tatbik ederek koyu cerahatları yumuşa-tıp aspire etmek ve böylece antibiotiklerin tesir kudretini artırmak ka-bil olsun (2, 3, 4, 5.).

HÜLÂSA :

Etiyoloji ve klinik veçheleri değişik on sekiz ampiyem vakası tak-dim olunmuş ve bunlarda tatbik edilen tıbbi (muhafazakâr) tedaviden elde edilen neticeler tahlil edilmiştir. Non tüberküloz vakaların hepsinde şifa sağlanmış fakat TB tabiatlı olanlardan (on dört vaka) dört vaka-da klinik tam şifa beş vakada çok büyük salah (ampiyem mayiinin ku-rutulması) iki vakada salâh ve üç vakada da muhtelif ihtilâtlar sebebi ile vefat tespit edilmiştir.

LİTERATÜR

- 1 — Louis L. Friedman : Nontuberculous Diseases of The Chest Sponsored by A.C.C.P. (1954) Chapter XXII : Diseases of the Pleura.
- 2 — Ruiter D.!, Beatrik oord Appelscha. «The Treatment of tuberculous emp-yema ARCH. CHIRG. NEERL. 1955.
- 3 — BATYCKI W. PASLAWSKA J. and ROGALSKI E. : Results of conser-vative treatment of tuberculous empyema with Hyaluronidase : GRUZ-LICA 1956 24 : 2 99, 106.
- 4 — EMERSON P. A. Brompton Hosp. London «Tuberculous Pleural effus-ions treated with Streptomycin, Paraminosaliciclic acid, and early aspi-ration QUQRT. J. MED. 1955.

—oOo—

SPONTAN PNEUMOTHORAX NETİCESİ SÂLAH BULMUŞ BİR BRONCHIAL ASTHMA VAK'ASI

Dr. Mustafa YAYLALI

Vak'amız Karapınar kazasının küçük aşılama köyünden 55 yaşında H. Hüseyin Bakım. Evli, üç çocuk sahibi, çiftçilik ve koyunculukla ge-çinmekte, orta halli durumdadır.

Hastamız 20 senedenberi nöbet şeklinde gelen nefes darlığı çekmek-te olup, bu müddet içinde Konya, Adana, Ankara ve İstanbulda bir çok hekimlere müracaat etmiş, Asthma teşhisi konmuş, 1953 yılında da tarafımızdan muayene edilerek aynı neticeye varılmıştır. Yapılan teda-vilerden istifade etmemiş. İlk seneler de ayda veya onbeş günde gelen ve kısa süreli olan nöbetler gittikçe sıklaşmaya ve nefes darlığı artma-ya başlamış. 48 saat uykusuz geçirdiği zamanlar olmuştur. Efedrin, Pre-paratlarından oldukça istifade ediyormuş, son senelerde bundan da fay-da görmemiştir. Dişlerinde çürük görülerek temizletilmiş. Tonsillektomi tavsiye edilmiş isede, hastamız kabul etmemiştir.

Nöbetlerin meydana gelmesinde hava değişikliklerinin ve mebsimle-rin ilgisi olmamıştır.

Hastamız 10.8.1955 günü kazadan at arabası ile köyüne dönerken göğsünün sol tarafında, âni olarak çok şiddetli ağrı ve nefes darlığı mey-dana gelmiş, güçlükle köye getirilerek vilâyete nakil imkân görüle-me-diğinden bana müracaat edilmiştir. Hâdiseden 5 saat sonra köyünde ya-pılan muayenesinde, Ortopne, ileri derecede siyanoz, solda spontan pne-mothorax tesbit olundu. Hastanın mümaniati üzerine şehre nakli müm-kün olmadı. Gerekli tıbbî tedavi tavsiye edilerek en kısa zamanda geti-rilmesi bildirildi. Bir hafta sonra dispanserde yapılan tetkikinde: solda total pnemothorax poşunun devam ettiği, nefes darlığı ve ağrının azal-dığı müşahade edildi. Lâboratuvar muayenelerinde: Sedimentasyon bi-rinci saatte 5 M.M., Eritrosit 5,100000 Homoglobin % 95 lokosit 8,000 for-mülde de Eozinofil görülmedi.

15 gün sonraki kontrolünde kollapsın kaip olduğu, kaidede cüz'i ma-yi seviyesi bulunduğu görüldü.

Biray sonraki Radyografik tetkikinde mayiin rezorbe olduğu, sol

yan sinüsde iltisak ve anfizem tablosu müşahade edildi. Hastamızda ağ-
rı ve nefes darlığından eser kalmadı.

Soy geçmişinde, büyük annesinde nöbet şeklinde gelen nefes darlığı
oluyormuş, babasında sık sık tekrarlıyan eksema mevcuttmuş.

Öz geçmişinde, Çocukluk hastalıkları hatırlamıyor, ilk gençlik çağ-
larında sık sık nezle olarmış, başka hiç bir hastalık geçirmemiştir. Has-
tamız düzen ve disiplin hususunda hassas, asâbi mizaçlıdır. Sigara kul-
lanırmış, 20 sene önce terk etmiştir. Yapılan tetkiklerde diğer cihazlar-
da kayda değer bir şey bulunmamıştır.

İki ay sonra ve müteakip kontrollerimizde % 1-3 arasında Eozino-
fil bulundu. Geçen üç sene zarfında hiçbir bronşiyal asthma nöbeti gö-
rülmedi. Kendisini gayet iyi hissederek mesleki dahilinde normal çalış-
malarına avdet etti. Maalesef hastamız üç ay önce bir kaza neticesinde
kaybedilmiştir. 13.2.1959.

—oOo—

BRONŞUN ENDOJEN VE EKZOJEN CİSİMLERİNE AİT VAK'ALAR

Dr. Mustafa Kemal GAVAZOĞLU [*]

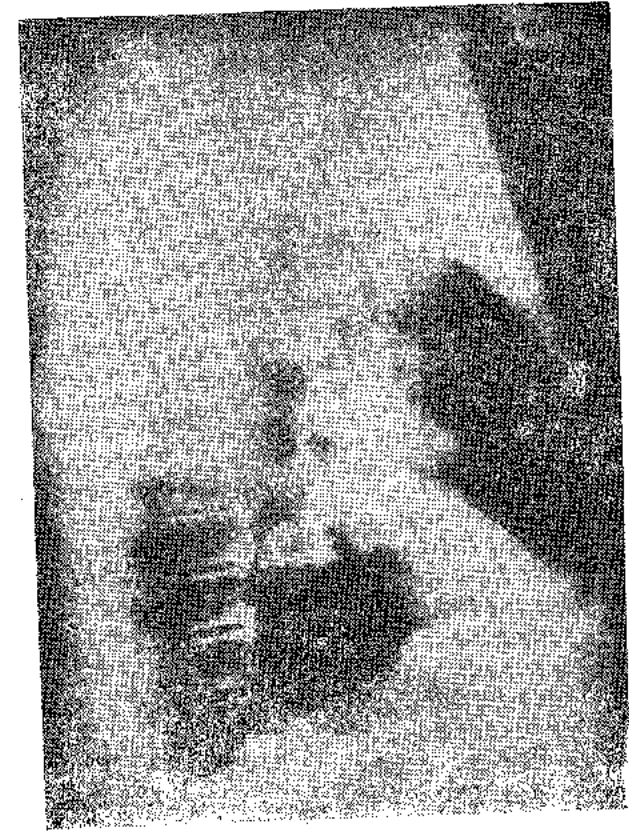
Vak'a :

1 — N. L., fabrika işçisi, 55 yaşında iken 7 aydanberi devam eden
öksütük ve pek az olan hemoptezisi ile, müracaat ettiği doktorunun yap-
tırmış olduğu akciğer grafisinde sağ orta lobun atelektazik manzarası
tesbit edilince, tetkik ve tedavi için New York'ta çalışmış olduğum gö-
ğüs hastalıkları hastanesine gönderilij 30543 protokol numarası ile ya-
tırılmıştı.

Balgam muayenesi asido - rezistan basiller için negatifti ve diğer lâ-
boratuvar muayenelerinde de kayda değer bir şey bulunamamıştı. Bron-
koskopi sağ orta lob orifisinde tümoral infiltrasyon gösterdi. Buradan
yapılan biyopsinin mikroskopik teşhisi ise : Spesifik olmayan kronik
bronşitis ve peribronşitisti.

[*] Ankara, Atatürk Sanatoryumu Operatörü.

Hasta 4.1.1956 tarihinde tarafımdan ameliyat edildikte: Sağ akciğer
üst ve alt loblarının arasında orta lobu ilk bakışta atelektazinin ileri
derecede oluğu ve iltisaklar sebebiyle görmek zor olmuştur. Orta lobla
diğer loblar arasındaki fissürler mevcut, fakat iltisaklar yüzünden kay-
bolmuş gibiydi. Hilus civarındaki müteaddit iri lenf bezleri hihusa çi-
mentolaşmış gibi bulunmuştu. Orta lob bronşu etrafındaki lenf ukdele-
rinin bazıları kalsifiye ve bronş sert, mukozası ödemli idi. Rezeksiyon ya-
pılıp orta lob üst lobtan ayrılırken bir-iki damla cerahatın orta lobtan
geldiği tesbit edildi.



(Resim : 1)

Çıkarılan piyeste; genişlemiş orta lob bronşunda gömülü bir vazı-
yete, badem şeklinde, üzeri hafif pürüklü, beyaz-gri renkte, kırıldak ve
kemik gibi bir taşın (Broncholith) mevcut olduğu meydana kondu. Bronş
mukozasında yer yer erozyonlar ve kırıldak gibi nodüller vardı. Bronş-

cukların bazıları sakküler ve bazıları tübüler şekilde genişlemişti. Bir kaç küçük apse mihrakıda bulunmuştu.

Hastanın elimde mevcut olan ameliyattan önceki akciğer sağ yan grafisini atelettaziyi göstermesi bakımından takdim ediyorum. Ayrıca ameliyattan hemen sonra çekilen basit akciğer grafisini ilâve ediyorum. Resim : 1 2.



(Resim : 2)

Vak'a :

2 K.Y., 30 yaşında, Marash, çiftçi. Hasta öksürük, bol, kokulu balgam çıkarmak, sırtının sağ tarafındaki ağrı, hafif ateş, terleme ve halsizlikten şikâyetle sanatoryumumuza 464 protokol numarası ile yatırılmıştır.

Hastanın hikâyesinde şunlar vardır: 16 yaşında iken birdenbire şiddetli öksürüğe yakalanmış. Öksürükler esnasında siyanoz ve bazanda öksürük hecmeleri sonunda kısa süren bayılma nöbetleri meydana gelirmiş. Bu hecmeler arasında, sükûnet hallerinde, hafif hırıltılı teneffüsü, nefes darlığı, dermansızlık ve kesikliği olarmış. Öksürük nöbetleri arasında tiraj tarif eden hastaya o zaman doktor olmıyanlar tarafından boğmaca olduğu söylenmiş.

Hasta 14 yaşlarında iken şekerçi çırağına başlamış. Şekerçi daha ziyade fındık şekeri yaparmış. Hasta da pazar günleri fındık alır satar-mış. Fındık yerken, kabuklu fındığı dişleri ile kırar, öyle yermiş. Fındığı çok sevdiğinden, öksürükler esnasında da fındık yemeğe devam eder-miş.

Şiddetli öksürüklerinin başlamasından 5 - 6 ay sonra öksürük nöbetleri seyrekleşmiş, tiraj hali kaybolmuş, morarmaz olmuş. Buna rağmen bir gün hekime müracaat etmiş; kendisine bronşit olduğu söylenmiş, öksürük ilâçları verilmişse de öksürüğü tamamen kesilmemiş.

18 yaşına kadar rahatsızlıkları devam etmiş ve o zamandan sonrada bunlara hafif nefes kokması eklenince müracaat ettiği doktor kendisinde akciğer absesi olduğunu söylemiş. 20 yaşına geldiğinde bir gün şiddetli yağmura tutulup ıslanmış. Uzun zaman ıslak kalmaya mecbur olmuş, bu yüzden öksürüğü tekrar şiddetlenmiş, balgam çıkarmağa ve nefesi ile beraber balgamı iyice kokmağa başlamış. O zaman gittiği doktor akciğer filmi çekirtmiş ve akciğer apsesi için ilâçlar vermiş. Rahatlamış. Askerliği esnasında kronik bronşit teşhisi ile tedavi görmüş; fakat, iyi olmamış.

25 yaşına geldiğinde müracaat ettiği doktor penicillin tedavisine başlayınca çok istifade etmiş. Öksürüğü arttıkça ve nefesi koptukça penicillin kürü yaptırır, biraz rahatlamış. 1957 yılında Marash verem dispan-serince akciğer absesi teşhisi ile oranın devlet hastanesine gönderilip emetin tedavisine alınmış. İstifade etmediğine kanaat getirince kendi arzusu ile hastaneden çıkmış. Daha sonrada, sanatoryumumuza yatmıştır. Hemoptezisi olmamış.

Sanatoryumumuzda müşahade ve tetkik edilirken hastanın ilk zamanlar günde 100-600 cc., sarı-yeşilimtrak renkte, muko-pürülan ve çok kokulu balgam çıkardığı tesbit edilmştir. Bu koku yüzünden diğer hastalar yanında yatmak ve oturmak istemiyorlardı. Kendisini hasta yemekhanesine Sokmuyorlardı. Klinik muayenede; sağ kaidede hafif submatite ve sukrepitan raller bulunmuştu. Mütөөddit balgam muayenele-rinde B.K. menfi idi. Taze preparatlarda her sahada 15-20 lokosit ve

gram menfi - mûsbet basiller tesbit edildi. Mikürde streptokoküs albus ve aerobakter aerongenüs bulundu. Antiblogramda: Penicillin; slightly sensitive 10 un., triple sulfo; rezistance 1 mgm., terramycin; sensible 30 mcg., tetracycln; sensible 30 mcg., Chloromycetin; slightly sensible 20 mcg., streptomycin; slightly sensible 10 mcg. bulunmuştur. Hastaya yapılan ilk bronkoskopide sağdan bol miktarda sulu, kokulu sekresyon geldiği tesbit edildi. Bu yüzden hiperemik ve ödemli olan bronşiyal ağaç mütalââ edilemedi. Bir müddet tıbbi tedaviden sonra yapılan bronkoskopide ise, ifrazatın azaldığı ve orta lob orifisinin altından alt lobun api-



(Resim : 3)

kal segmenti arasında, nekrotik manzarada buşon müşahade edilip alınmaya çalışıldı isede orta lob orifisi altındaki parça ancak çıkarılabildi, alt lob orifisindeki parça alınmadı. Bu kısmın alt lob rezeksiyonu esnasında çıkacağı düşünülerek daha fazla uğraşılmayıp bu parça bırakıldı.

Hastaya 3.6.1958 de sağ alt lob rezeksiyonu yaptım. Ameliyat sonu normal seyir takip ederken dokuzuncu günü gecesi hastada hafif nefes darlığı ile müterafık soğuk terler müşahade edildi. Oskültasyonda da solda yaygın wheesing tesbit edilip hastaya bronkoskopi yapıldı.

Bronkoskopide sağda orta lob orifisinin 12/1 istikametinde deviye ve bu orifisin ödemden mütevellit darlığı ve alt lobun yokluğu tesbit edilip sol bronşiyal ağaç muayenesine geçildi. Sol esas bronşta, orta yerde, transvers vaziyette sarı-kirli-yeşilimtrak manzarada, ameliyattan önce sağda görülen buşon gibi bir buşonun mevcut olduğu anlaşıldı. Bu buşon (cis'm) sertti ve bronkoskoptan geçmiyordu. Buşon, yabancı cisim pensi ve bronkoskop hepsi birden tutulup çıkarıldı. Bu cismin (buşonun) fındık kabuğu olduğu sonradan anlaşıldı. Resim : 3. Sağ alt lobun anatomo-patolojik tetkiki neticesinde histolojik teşhis olarak: Kronik bronşit ve bronşektazi kondu.

Bonşun Yabancı Cisimleri

Bunlar iki sınıfta mütalââ edilebilir: 1 — Endojen yabancı cisimler: Bunlardan ençok görülenleri bronkolitlerdir. Pulmolit, bronşiyal taş ve akciğer taşı isimleri ile de yad edilen bu cisimler ya bronşun lumeni içinde husule gelir veya akciğer paransiminde meydana gelerek bronşa geçerler. Bildirilen vak'aların yaşları 20 - 70 arasındadır. Endojen yabancı cisimlerin sebebi olarak tüberküloz sıkça itham edilir. Diğer sebepler arasında abse, ampiyem, bronşektazi sayılır. Bizim birinci vak'amızdan piyeste bronşektazi ve birkaç küçük abse mührakı tesbit edildiğine göre, yukardaki düşünceye (Herbut) istinaden o vak'ada sebebin bronşektazi ve abse gibi mütalââ edilebileceği akla gelirsede, taşın bunların sebebi olarak kabulü daha makul olur. Belki iltihap taşı ve taşta dispoziyonun mevcudiyeti hasebiyle bronşektaziyi ve buna ilâveten küçük abse mühraklarını husule getirmiştir. Endojen yabancı cisimlerin boyları birkaç milimetreden birkaç santimetreye kadar değişebilir. Sert ve yumuşak, tek veya müteaddit ve gayrı muntazam, beyaz - grimtrak renkte olurlar. Arâzları yer değiştirme esnasında daha âşikâr olmaktadır. Öksürtük, sternum altında ağır, hemopteziler ve tekrar eden akciğer enfeksiyonlarının mevcudiyeti hallerinde bu çeşit yabancı cisimlerin mevcut olabileceği de hatırlanmalıdır. Teşhis bir veya birkaç taşın çıkması veya bronkoskopide görülmesi neticesi konur. Bazı hastalar öksürmek su-

retiyle kendilerini tedavi etmiş olurlar. Fakat, çok defa buna bronkoskopik çıkarmayı eklemek zarureti hasıl olur. Eğer endojen yabancı cisim komplikasyon yapmışsa bazan komplikasyonun tedavisi esnasında endojen yabancı cismin teşhisi konur. Bizim burada zikrettiğimiz birinci vak'ada olduğu gibi.

2 — Ekzojen yabancı cisimler : Bunlar hariçten teneffüs yollarına girenlerdirki daha ziyade çocuklarda tesadüf olunurlar. Ekzojen yabancı cisimler şöyle sıralanabilirler: A — Gıdai Olanlar : Bunlarda ikiye ayrılır: 1) Nebati Olanlar : Mısır, fasulye, fındık, fıstık, kabak çekirdeği ve sair çekirdek ve kabuklar gibi. 2) Hayvani olanlar: Bunlardan bilhassa balık kılçıklarına tesadüf edilir. B — Gıdai olmıyanlar : Paralar, düğmeler, takma dişe ait plaklar, diskler, çengeli iğneler, çiviler, raptiyeler, boncuklar, tesbih taneleri, kurşun, cepane malzemesi, kalem ucu, mücevherat, v.s. gibi.

Ekzojen yabancı cisimlerin nefes yollarında kalma müddetleri birkaç dakika olabildiği gibi, senelercede olabilir. İlk âraz tıkanmadan ileri gelen dispne ve septik laringo - trakeo - bronşit husule gelebilir. Bu hal ekseriya nebati olan yabancı cisimlerde ve gene daha ziyade çocuklarda görülür. Ağızdan veya burundan teneffüs yoluna giren yabancı cisim mutad olarak aspirasyonla içeri kaçar. Bu arada şöyle bir mütalââ vardır. Bir yabancı cisim larinks bariyerini geçerse trakeayıda geçer ve bronşta yerleşir. (Herbut) Bazı vak'alarda ilk zamanlar atelektazi husule gelebilir. Sonradan husule gelen komplikasyonlar şunlardır: a) Bronşektazi b) Ampiyem c) Akciğer absesi Teşhis hikâye ile, filimde madeni yabancı cismin, veya opak olmıyan madde sekelinin, veyahut bronkoskopla yabancı cismin görülmesi ile konur. Tedavide evvelâ hastanın kuvvetle öksürtülüp ekzojen yabancı cismin çıkartılması tavsiye edilsede bundan pek faide beklememelidir. Tecrübe etmeli fakat ısrar etmemelidir. Eğer her hangi bir yabancı cisim trakeobronşiyal ağaca kaçmış ise hastanın sırtına vurmak adetini terk etmelidir. Zira, bu cismin daha derine inmesine ve periferik nefes yollarına girmesine yardım edilmiş olur. Bu hal cismin dışarı çıkmasını güçleştirir. Hastanın baş aşağı getirilip, topuklarından tutarak silkelenip öksürtülmesi ile cismin dışarı çıkması temin edilsede, bu durumda cismin larinkste tıkanıp kalması mümkündür. Bunu hatırdan çıkarmamak lâzımdır. Çok defa taze vak'alarda bronkoskop yardımı ile yabancı cismi çıkarmak mümkün olabilir. Hastalar bazanda, bizim her iki vak'amızda olduğu gibi, komplikasyonlarla gelir. O zamanda duruma göre ameliyatla tedavi yapılır. Bu hususta mortalitenin % 3 civarında olduğu bildirilmiştir. Şunuda hemen ehemmiyetle ilâve etmek lâzımdırki, yabancı cismin çıkarılması için komplikasyon yapmasını beklememelidir. Endoskopik metotla yabancı cismi

çıkarılmış hastanın yakından müşahade altında bulundurulması lâzımdır. Bronşiyal perforasyon, mediastinitis gibi tehlikeli komplikasyonları da ima hatırdan tutmalıdır. Cismin çıkarılmasından sonra lüzum hâsıl olursa derhal kullanabilmek için trakeotomi takımı, aspiratör, laringoskop, endotrakeal tüb, oksijen hazır vaziyette olmalıdır. Antibiyotiklerden uygun olanı tatbik etmelidir.

Genel Mütalââ

Çocuk ve kâhillerde yabancı cisimlerin ağızda tutulması itiyadın vazgeçilmesini temine gayret etmelidir. Ağızdan böyle bir yabancı cisim varken ani öksürme veya aksırma esnasında derin enspirasyon husulu, cismin teneffüs yollarına geçmesine sebebiyet verebilir. Eğer yabancı cisim larinksi tamamiyle tıkarsa hastanın boğularak ölmesi mümkündür. Hatta tam tıkanma olmıyan hallerde bile cismin yaptığı iritasyon sonucu larinks spazmı veya ödemi husule gelebilir ve bunun sonucuda tam tıkanmaya müncer olabilir. Tabiatıyla bu dramatik tablodan başka daha hafif larinjitis ve sair iltihabi reaksiyonlar husule de melhuzdur. Larinksteki yabancı cisim disfaji husule getirebilir. (Walter E. Heck). Trakeaya kaçan yabancı cisimler sathi iritasyonlardan trakeal perforasyonlara kadar patolojik vetireler yapabilir. Perforasyon bilhassa trakeanın zayıf olan posteriyor duvarında husule gelir. Bu hallerde mediastinitis, hattâ trakeo-ozofajiyal fistül beklenebilir. Bu arada kondritis de hasıl olur.

Yabancı cismin bronşiyal ağaçtaki yeri cismin nefes yollarına kaçtığı andaki hastanın durumunda tabidir. Böyle bir cismin sağ esas bronşta yerleşme ihtimali sola nazaran daha çoktur. Bu anatomik durumdan ileri gelir. Sağ esas bronş sola nazaran daha geniş ve trakea istikametine yakındır. Yabancı cisim, bulunduğu yerdeki bronşiyal ağaçta lokal ve distal olarak iltihabi vetireler husule getirir. Tıkanma tam veya kısmen, subaplı veya subapsız olur. Eğer enspirasyon esnasında hava cismin ötesine geçer ve ekspirasyonda kollabe veya kontrakte olan bronkus havanın çıkmasına engel teşkil edecek şekilde yerleşmiş bulunursa, cismin ilersinde bir tıkanma amfizemi husul bulmuş olur. (Walter E. Heck). Maamafih bir kaç saat sonra iltihapla ödemin ıstırâki yabancı cismi sıkıca bulunduğu yere yapıştırır ve artık hava giremez olur. Daha sonra kapalı kalmış olan hava tedricen absorbe olur, atelektazi meydana çıkar. Sonra hâdiseye enfeksiyon eklenir. Bazan hemopteziler olur. O tarafta teneffüs sesleri yok veya perküsyonda hipersonorite olabilir. Ekseriya ateş yükselir ve hastada komplikasyonlara göre arazlar zuhur eder.

Bronşun enfeksiyon ve dilatasyonu mânâsına kullanılabilen (Herbut) bronşektazide yabancı cisimlerin rolü olduğu kabul edilebilir. Bizim her iki vak'amızda belki çocukluktanberi devam edegelen bir dispozisyon mevcuttu ve sonradan ilâve olan birinci vak'adaki endojen, ikinci vak'adaki ekzojen cisimler anatomopatolojik ve klinik bulguların husulunu temin etmişlerdir. Malumdurki bronşektazi, ileri derecede pürülen eksüda ile müterafik bronş ve bronşiyollerin nekrotizan bir hastalığıdır. (Stanley L. Robbins). Bu hastalıkta eksüda ayrışımının fazla genişlemiş tüblerde birikmesi iritasyonu ve enfeksiyonu artırır. Destrüktif iltihabı proses bronşun adale ve elâstik liflerini zayıflatır veya harap eder. Aynı zamanda epitelyumun hasara uğraması siliyalar hareketleri azaltacağından eksüda ve sekresyonun boşalması güçleşir. Bu suretle fâsid bir daire husul bulur. İki faktör, yani enfeksiyon ve hiperdistansiyon hastalıkta patogenezin esası olarak düşünülürse yabancı cisimlerin buradaki rolü kolay anlaşılır.

NETİCE :

1 — Sebebi bulunamıyan pnömopatilerde ve bronşektazi, akciğer apsesi, atelektazide akciğerin endojen ve yabancı cisimlerinde hatıra getirilmelidir.

2 — Akciğeri alâkadar eden ilk şikâyetlerde akciğer grafisi ile beraber iyi bir bronkoskopik ve lüzumu halinde bronkografik tetkik yapılmalıdır.

3 — Sonraki komplikasyonları önleme bakımındanda yabancı cisimlerin erkenden çıkarılmasına çalışılmalıdır. Yabancı cismin kendi kendine çıkmasını beklemeden endoskopik yolla cismi çıkarmağa gayret etmelidir.

LİTERATÜR

- 1 — Herbut : Surgical Pathology, 1954.
- 2 — Stanley L. Robbins: Textbook of Pathology, 1957.
- 3 — Walter E. Heck: Foreign Bodies In The Larynx And Tracheobronchial Tree, 1956.
- 4 — W. A. D. Anderson : Pathology, 1957.

—oOo—

«KLİNİK VE DISPANSERLERİMİZDE TORAKS ANOMALİLERİ NİSBETİ»

Dr. Nusret KARASU — Dr. Ramiz UZUNHASANOĞLU — Dr. Bahattin ÇETİN

Toraks anomalilerindeki radyolojik görünüm ve diğer bulguların akciğer hastalıklarının tefriki teşhisinde önemli bir yeri işgal ettiğini gün geçikçe daha iyi anlamaktayız. Bu bakımdan göğüs hastalıkları klinik ve hastaneleri ile verem savaş dispanserlerine müracaat edenlerde Toraks anomalileri gözönünde tutulmalıdır.

Bu maksatla tespit edebildiğimiz toraks anomalilerinin şekil ve nisbetlerini ve bu anomalilerin tüberküloz lezyonları ile münasebetlerini tebarüz ettirmek için kliniğimize ve Ankara Veremle Savaş Derneği hastahane ve dispanserlerine göğüs şikâyetleriyle müracaat eden bir kısım hastalarda ve hasta dosyalarında yaptığımız araştırmaların neticelerini umumi heyetinize arz etmeyi uygun bulduk. Hastane ve dispanserlerimize müracaat edenlerden toraks filmleri çekilen, 21718 kişinin dosyası toraks anomalileri bakımından tetkik edilmiştir. Bu çalışmamızda aşağıdaki sıra esas tutulmuştur.

- 1 — Toraks duvarının kenjenital anomalileri
- 2 — pulmoner agenesi ve fazla loblar
- 3 — Konjenital bronş anomalileri
- 4 — Akciğerin hava kistleri
- 5 — Diyafragma anomalileri

Bu sırayı işgal eden anomalilerden tespit edebildiklerimizi şöyle bulduk (cetvel 1) tetkik edilen 21718 kişiden 225 inde toraks anomalisi tespit edildi. Nisbet % 1,03 dür. Ortalama olarak her yüz kişiden birinde toraks anomalisi bulunmuştur. Bu 225 anomalinin 99 u (% 44) kadında, 126 ı (% 56) erkektir, tek anomalisi olan 184 (% 81,7), birden fazla anomalisi olan 41 (% 18,3) dir (cetvel 2) 21718 kişide tespit edilen 225 anomaliden 160 şı kemik anomalisi (% 0,74) olup diğer 65 şı (% 0,29) da muhtelif toraks organlarına ait çeşitli anomalilerdir.

Toraks Duvarının Anomalileri :

Tespit ettiğimiz 160 kemik anomalisinden 106 sı servikal kot (% 05), 48 i diğer muhtelif kosta anomalileri (% 02) (Rudimanter kot, kotlarda fazla inkişaf, Synostoses Costales), 2 si sternum anomalisi (pectus carinatum -sternonum öne itilmesi) dir.

CETVEL : 1

Anomali cinsi	Miktarı	21718 e göre yüzde nisbeti
Toraks duvarının anomalileri	160	% 0,74
Pulmoner fazla loblar	55	% 0,25
Bronş anomalisi	2	% 0,01
Akciğerin hava kistleri	5	% 0,02
Diyafragma Anomalisi	3	% 0,01
Yekûn	225	% 1,03

Tespit edilen toraks anomalilerinin cins, miktar ve nisbetleri.

CETVEL : 2

Toraks anomalisi	Kadın		Erkek		Yekûn
	Adet	Yüzde	Adet	Yüzde	
Tek anomali	85		99		184 (% 81,7)
Birden fazla anomali	14		27		41 (% 18,3)
Yekûn	99	% 44	126	% 56	225

225 Anomali vak'asında cins ve anomalinin tek veya birden fazla oluşuna göre yüzde nisbeti.

CETVEL : 3

Cins	SERVİKAL KOT			Yekûn
	Sağda	Solda	İki taraflı	
Kadın	27	19	9	55 (% 51,8)
Erkek	24	11	16	51 (% 48,2)
Yekûn	51 (% 48,2)	30 (% 28,3)	25 (% 23,5)	106

106 servikal kot vak'asında cins ve lokalizasyon

2 klavikula anomalisi (bir tarafta çift klavikula),

1 skapula anomalisi (bir tarafta çift skapula),

1 vertebra anomalisi (skolyoz) bulunmuştur

106 servikal kot anomalisinin 55 i (% 51,8) kadında, 51 (% 48,2) erkekte, 51 i (% 48,2) sağda, 30 u (% 28,3) solda, 25 i (% 23,5) iki taraflıdır (cetvel 3)

Bütün servikal kot ve diğer kosta anomalileri yekûnu 154 olup umumi yekûna nazaran yüzde nisbeti % 0,7 dir, bunun kadın ve erkekte lokalizasyon nisbeti ise, 76 sı (% 49,3) kadında, 78 i (% 50,7) erkekte olup hemen hemen birbirine müsavidir.

Kemik anomalisi bulduğumuz 154 kişiden 105 inde (% 68) muhtelif derecede ve lokalizasyonda akciğer tüberkülozu tespit edilmiştir. Bu rakkamın yüksek oluşu müesseselerimizin tüberküloz teşhis ve tedavi tesisleri olması dolayısıyla müracaat edenlerin çoğunun tüberküloz hastası olmasından ileri gelmektedir. Burada anomalilerin tüberküloz için bir predispozisyon teşkil ettiklerini söylemek güçtür.

Klinikte servikal kotu bulunan 6 vak'ada Scalenus Anticus Sendrom Semptomlarının aradık fakat bu sendrom semptomlarını tespit edemedik bu itibarla servikal kotun bu sendrom husulünde nadiren rolü olabileceği kanaati hasıl oldu.

Pulmoner Agenesis ve fazla loblar :

Pulmoner Agenesis i tek ve iki taraflı gelişme noksanlığı gibi tezahür eder, bu gibiler ekseriya doğumdan kısa bir zaman sonra öldü-

günden teşhisi az ve güçtür. Fakat fazla lob anomalilerinin hayatları normal olduğundan hayatta esnasında teşhis imkânları vardır. Bizde tetkik ettiğimiz 21718 vakada Pulmoner Agenesis vakası tespit edemedik. Fazla lob Anomalilerinden 53 Azygos lobu ve 2 İnferior lob vakası tespit ettik. Radyogramlarında azygos loblardan 2 si komşu akciğer nesci gibi saydam, diğerleri az çok atelektazik bir durumda görülmüştür.

Tespit edilen 53 azygos lobu vakasının tetkik edilen 21718 vakaya göre nisbeti % 0,24 dır. Bunlardan 16 sı (% 30) kadında, 37 si (% 70) erkekte tespit edilmiştir.

Bir vakamızda olduğu gibi bazı ahvalde direkt radyogramları da gözden kaçan azygos lob tomogramda aşikâr olarak görülmüştür. Nitekim diğer aksessuar loblar da çok yüksek bir nisbette tomogramlar ve otopsi ile anlaşılabilir. Azygos ve diğer aksessuar lobları gösterebilecek bütün imkânlarla çalışıldığı takdirde nisbetin daha da artacağı kanaatindeyiz. Bulunan 53 azygos lob vakasının 40 ında (% 75) muhtelif derecelerde akciğer tüberkülozu tespit edildi. Bunlardan 23 ünde tüberküloz lezyonu sağda, 8 inde solda, 9 unda iki taraftadır. Sağ akciğerde tüberküloz tespit edilen 32 vakadan 18 inde (% 56) azygos lobda tüberküloz lezyonu tespit edilmiştir. Bu nisbetin yüksek oluşunda yukarda da işaret ettiğimiz gibi araştırmalarımızın tüberküloz müesseselerinde yapılmış olduğundan ileri geldiği kanaatindeyiz.

Konjenital Bronş Anomalisi :

Nomenklatür birliğini temin için Negus, Brock, poster Carter, Fackson gibi müelliflerin iştiraki ile toplanmış bir kongrede bronş anatomisi ve bunun dallarının havalandırdığı akciğer segmentleri bir vahdete bağlanmıştır. İşte bu vahdetin her hangi bir şekilde konjenital olarak bozulması bronşlarda anomaliiyi teşkil eder. Bronş anomalisi teşhisinde bronkoskopik muayenenin önemi büyüktür, bundan başka bronkografi gibi muayene metodları da yardım etse dahi bazen kati neticeyi rezeksiyon materyali veya otopsi verir. Klinik ve dispanserimizde muhtelif sebeplerden bronkopski, bronkografi ve tomografi ile ve bu metodlardan bir veya bir kaç ile muayeneleri yapılmış 1000 vakada konjenital bronş anomalisi bakımından incelendi, 2 vakada bronkoskopik olarak bronş anomalisi tespit edildi. Birinci vakada sağ üst lob bronşunun karinadan evvel trakeadan ayrıldığı görülmüştür.

İkinci vakada ise sağda karinadan sonra üst lob bronşu ağzından ayrı olarak hemen onun yakınından ikinci bir bronş deliği görülmüştür.

tür. Bronş anomalilerini bu yönden tetkik ettiğimiz 1000 vakaya göre nisbeti % 0,2 olarak bulduk.

Akciğerin Hava Kistleri

Kliniğimizde yatan hastalardan 5 vak'ada muhtelif tiplerde hava kistleri tespit ettik. 21718 vakaya göre nisbeti % 0,02 dir.

Diyafragma Anomalileri :

Tetkik ettiğimiz vakalar içinde diyafragmanın konjenital anomalisini 3 vakada tespit ettik. Bunlar rölaksasyo diyafragmatica tipinde anomaliler idi. Bunlardan 2 si kadında 1 ri erkekte olup 2 si sağ diğeri sol tarafta bulunuyordu. Tetkik ettiğimiz 21718 vakaya göre nisbet % 0,01 dir.

ÖZET :

Toraks anomalileri bakımından 21718 vakanın tetkikinde 225 çeşitli anomali tespit edildi nisbet % 1,03 dır.

Bu 225 anomalinin 99 u (% 44) kadında, 126 sı (% 56) erkektedir. Bunlardan 184 ü (% 81,7) tek anomali, 41 inde de (% 18,3) birden fazla anomali mevcuttur.

Tespit edilen anomalilerden, 160 sı (% 0,74) toraks duvarını teşkil eden kemiklere aittir. (108 % 05 servikal kot, 48 % 02 diğer kosta anomalileri, 2 sternum, 2 klavikula, 1 skapula, 1 vertebra anomalileri). 55 vaka (% 0,25 fazla loblar), 53 vaka (% 0,24 azygos lob), 2 vaka inferior lob), 5 vaka (% 0,02 akciğerin hava kistleri), 3 vaka (% 0,01) diyafragma anomalisi, 2 vaka bronş anomalisidir. (Bronkopski tetkik edilen 1000 vakaya göre % 02 dir) tespit edilmiştir.

Kemik anomalisi bulunan vakaların (% 68) inde keza azygos lob vakalarının % 75 inde muhtelif derecede ve lokalizasyonunda akciğer tüberkülozu lezyonu bulunmuştur. Bu rakkamların yüksek oluşu bu mevzuda araştırma yaptığımız müesseselerin tüberküloz mücadele ve tedavi tesisleri olmasından ileri geldiği ihtimali düşünülmektedir. Burada anomalilerin tüberküloz için bir predispozisyon teşkil ettiğini söylemek güçtür.

NETİCE :

Tetkikimizde tesbit ettiğimiz % 1 toraks anomalisi nisbeti bize anomalileri az olmadığını göstermektedir. Anomali gösterenlerden çoğunun anomalilerinden ötürü fonksiyon bozukluğu arazları vermediklerine göre hayatta tesbit edilebilen genişli toraks anomalilerinin ancak radyolojik görünümleri bakımından diğer toraks hastalıklarından tefriki mümkün olacağı kanaatindeyiz.

—oOo—

GÖĞÜS HASTALIKLARINDA TRAKEA DEFORMASYONLARI

[*] Dr. Nusret KARASU — [**] Dr. Nora DARYAVUZ

Muhtelif radyogramlarda trakeanın geçici veya devamlı sağa veya sola inhirafı görülmektedir. Ve bir kısım vak'alarda da trakeanın çapında değişmeler ve bilhassa genişlemeler husule gelmektedir.

Kliniğimizde 1556 vak'ada bu deformasyonların tipi derecesi ve nisbeti tetkik edilmiştir.

Pointde réper olarak II, IV, V dorsak vertebraların processus spinosuslarının 3 mm. sağ veya solundan itibaren inhiraf dereceleri Postero-anteriyör radyogram veya tomogramlarda milimetrik olarak tetkik edilmiştir.

II nci vertebra hizasında trakeanın boyun hareketleri ile yer değiştirmemesi IV nci vertebra da deformasyonların en fazla görülmesi V nci vertebra hizasında bifurkasyoya rastgelmesi bu vertebraların seçilmesinde esas amil olmuştur. Mevcut vak'alar da muayene bronkoskopi ile ikmal edilmiştir.

1556 vak'anın % 91.78 i akciğer tüberkülozu (1428 vak'a) ve % 8.22 si nontüberküloz akciğer hastalığıdır (128 vak'a). Bu vak'alar arasında 175 deformas bulunmuştur. (% 11.24) 154 vak'a tüberküloz, 21 vak'a nontüberküloz gruba aittir.

[*] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniği Profesörü.

[**] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniği Asistanı.

Tüberküloz vak'alar arasında deformasyon nisbeti % 10.77.

Nontüberküloz vak'alar arasında deformasyon nisbeti % 16.40 dır.

Kadınlarda tüberküloz sebebiyle deformasyon % 11.77 Erkeklerde bu nisbet % 10.27.

Kadınlarda nontüberküloz hastalarda deformasyon % 23, Erkeklerde bu nisbet % 15 dir.

Kadın ve Erkekde deformasyon gösteren 175 tüberküloz vak'asından :

21 i	Primoenfeksiyon vak'asından	% 12
1 i	Minimal lezyondan	% 0.6
37 si	Moderatly advenced vak'ada	% 21.4 % 88 Tbc.
95 i	Far advenced vak'ada	% 54
21 i	Nontüberküloz akciğer hastasıdır.	% 12 % 12 Nontbc.

Buna nazaran deformasyon tüberkülozlularda ve bilhassa ilerlemiş vak'alarda görülmektedir. % 75.4

Yaşlara göre deformasyon nisbeti şöyledir.

	Tüberküloz	Nontüberküloz	Yekûn
1—10	% 10	% 1.15	% 11.15
11—20	% 27	% 2.87	% 29.87
21—30	% 30	% 4	% 34
31—40	% 11	% 1.7	% 12.7
41—50	% 6.5	% 1.7	% 8.2
50 den yukarı	% 3.5	% 0.58	% 4.08
Yekûn	88	12	100

Buna nazaran tüberkülozda deformasyonların % 57 si 11-30 yaşlar arasındadır.

Nontüberküloz akciğer hastalıklarından yine vak'aların ekseriyeti bu yaşlardadır.

Hastalık yaşı ile deformasyonların nisbeti şöyle görülmektedir. Tetkik 97 vak'ada yapılmıştır.

Nontüberküloz			
		Akciğer	Kadın erkek
		Tüberkülozlularda hastalıklarında	bütün vak'alar
1	Yıllık hastalarda	% 41.5	% 54.5
2	Yıllık hastalarda	% 22	% 16
3	Yıllık hastalarda	% 10.5	% 12.5
4	Yıllık hastalarda	% 9.5	% 7
5—10	Yıllık vak'alarda	% 16.5	% 10
		% 100	% 100

Deviasyon derecesinin tetkikinde şu neticeler alınmıştır. (Bu tetkik 97 vak'ada yapılmıştır.)

5 mm. deviasyon	% 11.7
10 mm. deviasyon	% 24.6
15 mm. deviasyon	% 21.6
20 mm. deviasyon	% 23.7
25 mm. deviasyon	% 12.4
30 mm. deviasyon	% 1
Yekûn	% 100

Buna nazaran inhıraflar genel olarak 20 mm. azdır.

Genel olarak büyük inhıraflar hastalık süreleri ile nisbi olarak artmaktadır. Meselâ 2 yıldan evvel ve sonraki inhıraflar tetkik edilecek olursa :

İnhiraf derecesi	Hastalık süresi	
	1—2 yıl	3—15 yıl
5—15 mm.	42 vak'a % 60	19 vak'a % 31
20—30 mm.	19 vak'a % 52.5	17 vak'a % 47.2

Primoenfeksiyonlarda inhiraf 5—15 mm. yi geçmediği ve adetleri az olduğu minimal vak'alarda inhiraf tesbit edilmediği halde moderately Advanced vak'aların % 76 sı, Far advanced vak'aların % 63.5'ü 15 mm. veya daha fazla vak'alar teşkil etmektedir.

İnhiraf sebebi olarak

% 15.5	vak'ada	atelektazi,
% 51	vak'ada	Fibrozis
% 22	vak'ada	Fibrozis ile müterafık atelektazi
% 11.5	vak'ada	Plevra insibabı görülmüştür.
% 100		

Trakea genişlemeleri tesbit edilen vak'alarda erkekte 31, kadında 10 adettir.

Erkeklerde bunların

% 34.5	şu 1 yıllık vak'alarda :
% 19.4	ü 2 yıllık vak'alarda :
% 16.2	si 3 yıllık vak'alarda :
% 29.1	i 4 veya daha fazla yıllık vak'alardadır.

Erkeklerde yaş itibariyle genişlemeler

% 22.4	ü 11—20 yaşlarında
% 45.2	si 21—30 yaşlarında
% 32.4	ü 30 yaşından yukarı vak'alardadır.

Erkeklerde 31 genişleme vak'asından

24 ü	Far Ad.	Vak'alarda	% 77.4
5 i	Mod. Ad.	Vak'alarda	% 16.2
2 si	Primo - enf.	Vak'alarda	% 6.4
			% 100

Kadınlarda 10 vak'ada

% 50	si 1	yıllık vak'alarda
% 20	si 2	yıllık vak'alarda
% 20	si 3	yıllık vak'alarda
% 10	u 4	yıllık vak'alardadır.

Kadında yaş itibariyle genişlemeler

1 i 1—10 yaş arasında

3 ü 11—20 yaş arasında

6 sı 21—30 yaş arasındadır.

Kadında 9 vak'a Far Ad. vak'alarda % 90

Kadında 1 vak'a Mod. Ad. vak'alardadır % 10

Netice olarak 1556 vak'anın tetkikinde :

Tüberküloz vak'aları arasında trakeada deformasyon % 10.77

Non Tbc. Akciğer hastaları arasında trakeada deformasyon % 16.40 bulunmuştur.

Kadınlarda non Tbc. akciğer hastalıklarında bariz olmak suretiyle deformasyonlar erkeklerden fazladır. Bu farkın sebebi meçhulümüzdür. Non tüberküloz hâdiselerin etiyojileri tüberküloz vak'alarında medias-tenin daha çok sabit bir hale gelişi ile alâkadardır.

Deformasyon gösteren 154 tüberküloz vak'asından en az minimal lezyonlarda % 0.6 en çok Moderately ve Far advanced vak'alarda % 75.4 deformasyon görülmektedir.

Sağda deformasyonlar soldan iki misli fazladır. Her iki tarafa de-formasyon ancak 6 vak'ada ve pek ilerlemiş hastalarda görülmüştür.

Deformasyonlar en çok 11-30 yaşlar arasında ve 1-2 yıllık vak'-alar arasında görülmektedir. Genel olarak deviasyon nisbetleri 20 mm. den azdır. % 86.6 Fakat yüksek inhiraflar ilerlemiş tüberkülozlularda görülmektedir.

Moderately Advanced vak'alarda % 76

Far Advanced vak'alarda % 63.5

Inhiraflar sebebi olarak en çok fibrozis % 51, bunu müteakip atelektaziler veya fibrozis ile müterafık atelektaziler rol almaktadır. % 37.5

Trakea genişlemeleri deformasyonlara nisbetle % 23.43 kadardır.

Erkeklerde 31 vak'a, kadında 10 vak'ada bulunmuştur. Kadında % 25 vak'aların çoğu 1-2 yıllık vak'alardadır. Erkeklerde % 53.4, kadında % 70

Vak'aların çoğu 21-30 yaş arasındadır. Erkeklerde % 45.2, kadında % 60.

Genişlemelerde en çok Far Ad. vak'alarda görülmektedir. Erkeklerde % 77.4 kadında % 90.

Trakea deformasyonlar mediyasten durumu hakkında vereceği ma-rûmat bakımından önde tutulması lâzım gelen değişikliklerdir.

Her vak'ada olduğundan ziyade bronkoskopi yapılacak vak'alarda trakeanın vaziyeti hakkında vazih bilgiye sahip olmak şarttır. Cerrahi müdahalelerde ise trakea durumu kaf'i surette bilinmelidir.

Bu çalışmalar trakeanın öne ve arkaya inhirafları üzerinde durulmamıştır. Bu ciheti yan tomografilerde daha iyi tetkiki kabil olacağı kanaatindeyiz.

Keza insibab ve atelektazilerin düzelmesiyle inhirafların düzelmesi de vardır. Bu durum insibablarda ve atelektazilerde rezorpsiyon ve açıl-madan sonra husule gelmektedir.

—oOo—

VENTİLATUAR AKCİĞER FONKSİYON TESTLERİ VE DİĞERLERİ

Dr. Selâhattin AKKAYNAK

Akciğerin fonksiyonu esas olarak dış solunumdur. Akciğerlere ge-len hava ile kan arasında gaz mübadelesi. Bu fonksiyon 3 mekanizmada tamamlanır.

- 1 — Havanın Akciğerlere girmesi «Ventilation» ve Alveollere dağıl-ması «Distribution»,
- 2 — Alveol - Kapiller membranda gazlerin mübadelesi «Diffusion»
- 3 — Alveol kapillerinde kanın miktar ve dağılımı «Perfusion»

Bu mekanizmalarla, arter kanında O₂ ve CO₂ miktar ve basınçları ile arter kanında PH derecesi normal seviyelerde tutulurlar.

Akciğer fonksiyonlarının gayesi, bu mekanizmanın her hangi bir safhasında bir bozukluk olup olmadığını bulmak, varsa onu vasıflandır-mak ve imkân nisbetinde derecesini tayin etmektir.

Biz bunlardan «ventilatuar fonksiyon» adı verilen alveollere kadar havanın girip çıkması ve alveollerde dağılması ilgili testlerden bahsedeceğiz.

Normal hallerde, havanın akciğer volümleri içerisindeki hareketi zamanında ve fazla bir enerji sarf edilmeksizin sağlanır. Patolojik hallerde ise, ya akciğer volümlerinin küçülmesi, veya bunlar az veya çok normal seviyede olsalar bile havanın volümler içerisindeki hareketi ya fazla zamanı veya fazla enerjiyi veya her ikisini birden icap ettirir. Ventilasyonun zaman ve enerji komponentleri solunum gücü ile ilgilidirler.

Akciğer volümleri arasında total vital kapasite, solunum gücü ile ilgili testler arasında zamana bağlı vital kapasite, yani 3 saniyelik vital kapasite nisbeti, maksimum solunum kapasitesi ile «Air Velocity Index

$$\text{Index} = \frac{\% \text{PMBK}}{\% \text{PVC}}$$

—ki bu indeks, aynı şahısta maksimum solunum kapasite ile aktüel vital kapasitenin birbiriyle mukayesesini sağlar— ventilatuar fonksiyon testlerinin değerlendirilmesinde en fazla yardımcı olanlardır.

Muhtelif tip akciğer hastalıklarındaki ventilatuar fonksiyon testleri değişimleri nazarı itibare alınırsa, akciğer hastalıklarını bu yönden iki gruba ayırmak mümkün olur: 1 - Restriktif, 2 — Obstrüktif bozukluklar taşıyan hastalıklar.

Restriktif bozukluklar veya değişimler :

Bu değişimler, lokal akciğer lezyonlarında, lobektomilerde, pnömo-nektomilerde, toraksın kemik ve adale yapısına ait deformitelerde, plevra epanşınları ve fibrotik hastalıklarında, sercoidosis, beryllosis, komplike olmayan silicosis ve akciğerin scleroderma'sı gibi alveol -kapiller blok vak'alarında bulunurlar.

Restriktif hallerdeki akciğer fonksiyon testleri değişimlerini şöylece sıralayabiliriz :

- 1 — Total akciğer kapasitesi ve total vital kapasite azalmışlardır.
- 2 — 3 senelik vital kapasite, total vital kapasitenin 90 - 100 % ne muadildir.
- 3 — Maksimum solunum kapasitesi, normal veya azalmıştır.
- 4 — AVI, 1 den yüksektir,

- 5 — Maksimumu solunum kapasitesi temel hattı yükselmiştir.
- 6 — Rezidüel volümün, total akciğer kapasitesine olan nisbeti total akciğer kapasitesinin bazı vak'alarda azalmış olması ile büyümüştür.
- 7 — Fizik aktivite halinde dispne olur.

Obstrüktif bozukluklar veya değişimler :

Bu çeşit bozukluklar, kronik bronşit, bronş astması, bronş spazmı ve muhtelif tip obstrüktif akciğer amfizeminde görülürler.

Bu vak'alardaki akciğer fonksiyon testleri değişimleri şöyledir :

- 1 — Vital kapasite normal veya azalmış, umumiyetle azalmıştır.
- 2 — Vital kapasite zamanı uzamıştır.
- 3 — 3 saniyelik vital kapasite, aktüel vital kapasitenin 90 % dan azdır.
- 4 — 2 safhalı vital kapasite. 1 sefhalı vital kapasiteden büyüktür.
- 5 — Maksimum solunum kapasitesi azalmıştır ve yüksek bir temel hattı üzerinde seyreder.
- 6 — RV/TLC nisbeti büyüktür, 45 % in üstündedir.
- 7 — AVI, Maksimum solunum kapasitesi, vital kapasiteden daha fazla azaldığından, 1 in altındadır.
- 8 — Alveollerde karışım bozulmuştur. 7 dakikada N2 temizleme nisbeti, 2,5 % un üstündedir.
- 9 — Hava tuzakı olabilir.
- 10 — Obstrüktif vak'alarda, bilhassa bronş astmasında, bronş spazmında, bronko - dilatatörlerle testler düzelirler; total vital kapasite ve 3 saniyelik vital kapasite büyürler ve total vital kapasite zamanı kısalmır,

Netice olarak, zamana bağlı vital kapasiteyi, maksimum solunum kapasitesini ve AVI si, ventilatuar fonksiyon testlerinin değerlendirilmesi bakımından çok faydalı bulduk.

Akciğer fonksiyon testleri, bilhassa kronik akciğer hastalıklarında değerlidirler.

Tıbbî ve cerrahi tedavinin seyrini takipte değerlidirler.

Sigorta ve meslek hastalıkları mevzularında, mâlûliyet iddialarını araştırma bakımından değerlidirler.

Fonksiyon testlerinin, etiyojik veya anatomik teşhisde rolleri yoktur.

—oOo—

MEMLEKETİMİZDE VEREM REHABİLİTASYON MERKEZLERİ NASIL KURULMALIDIR [*]

Dr. Zulfu Sami ÖZGEN

Umumî bir tabir olan rehabilitasyon, readaptasyon, oküstasyon terapinin şümûlüne giren tedavi sistemlerinin gayesi, tüberküloz, akıl, sinir, kemik hastalıkları ile alkolizm ve benzeri müzmin zehirlenmeler, ameliyatlar ve iş kazaları sonunda husule gelen âza noksanlıkları, harp malûliyetleri... vesaire gibi çeşitli sebebler neticesi meydana gelen aksaklıkları gidererek ferdin müstahlik durumdan müstahsil hale getirilmesi suretiyle hem kendisi ve hemde mensub olduğu cemiyet bakımından faidehî duruma sokulması maksadına mâtuflar çalışmalar manzumesidir. Nitekim, meselâ akciğer veremi, kanseri, apsesi, bronşektazisi... vesaire gibi bir hastalık sebebi ile bir taraf akciğeri çıkarılan bir maden işçisinin tedavi neticesi meydana gelen malûliyeti, kendisinin eski ağır işine avdetine mâni olacağından şahsı çorab imâl etmek, daktilostenografi öğrenmek veya saat tamirciliğinde talim etmek gibi daha hafif ve yeni sıhhi durumu ile kabili telif bir san'at ile teşhiz ederek yeniden müstahsil hale getirmek, bir meslekî readaptasyondur. Diğer taraftan aynı şekilde ameliyat yapılmak suretiyle bir kısım akciğeri çıkarılmış bir hastanın geriye kalan diğer akciğer kısımlarının nefes egzersisleri, beden hareketleri ve jimnastik çalışmaları yapmak sureti ile teneffüs kabiliyetini artırmak maksadına matuf olan çalışmalar ise tıbbî rehabilitasyon ve nihayet alkolizmi itiyat edinmiş bir kimsenin disiplinli bir çalışma ve meşguliyetle tâbi tutulması sureti ile bu fena itiyadını gidermeye mâtuflar çalışmalarda oküstasyon terapinin esasını teşkil eder.

* Heybeliada Sanatoryumu çalışmalarından

Readaptasyonun bu tasnifini Avrupalı müelliflerin mütalâalarına uygun bir şekilde de sıralamak mümkündür. Bu takdirde sosyal, psikolojik, fizik ve fonksiyonel readaptasyondan bahsetmek yerinde olur. Readaptasyonun şekli ne olursa olsun her cemiyet veya topluluk kendi bünyesinin hususiyet, ve bilhassa ihtiyacına en uygun metodu seçip tatbik etmelidirki netice randımanlı olsun. Bu münasebetle memleketimizde kurulmuş olan çeşitli readaptasyon merkezleri ile mahallinde tetkik imkânını bulduğum ve bize nazaran daha fazla mazisi olan bu kabil müesseselerin mukayesesini yaparak elde edeceğim neticeleri bu nevi tesislerin gelişmelerinde faide sağlanacağı mülâhazası ile sayın hey'etinize arz etmek isterim.

İngiltere'de Papworth köy tesisleri : Kembridge civarında geniş bir arazide kurulmuş olup üç hastahanesi, 270 köy evi, kilisesi, bakkalı, tiyatrosu ve beş modern fabrikası vardır.

Endüstriyel seksiyon (dülgerlik, marangozluk, portatif ev inşaatı, baskı işleri, düşemecilik, bavul ve branda bagaj torbaları imali, boyacılık, tavukculuk, muhasebecilik, daktilo - stenografilik) ile enstitüler (kütüphane memurluğu, tıbbî fotoğrafçılık, bahçıvanlık ve çiçek yetiştiricilik, çiftlik personeli, hayvan yetiştiriciliği, hastahane maliyeciliği) kısımları vardır. Hastalar günde 3 saatten başlayarak beden kabiliyetlerinin imkânlarına göre 6 - 7 saate kadar çalışmakta olup daimi tıbbî kontrol altındadırlar. Bir seneye kadar merkezde bulunup ayrılanlar olduğu gibi ömürlerinin sonuna kadar köye yerleşip kalanlar da vardır. Sıhhat Vekâleti ile Çalışma Vekâleti elele vermişlerdir. Mezunların işe yerleştirilmeleri için kanunî mevzuat mevcuttur. Heybeliada da mevcut rehabilitasyon merkezi, vecheleri ile Papworth tesislerine benzemektedir. Ancak Heybeli Rehabilitasyon merkezi hastahaneden ayrı lojman ve atölye kısımlarını ihtiva eden müstakil bir bina olması, namzetlerinin basit çıkarmayan hastalar arasından seçilmiş bulunması ve günlük çalışmaların 2 - 3 saatten başlanarak daimi tıbbî kontrol altında 6 saate kadar yükseltilmesi gibi hususlar bakımından bu büyük tesise müşabehet arz etmekte ise de köy tesisleri mevcut değildir. Papworth tesislerinde namzetlerin merkeze alınmaları esnasında psikoteknik test muayeneleri şumullü bir şekilde yer almaktadır. Heybeli Rehabilitasyon merkezinde ise daha basit metodlarla iktifa olunmaktadır. Merkezimizde fotoğrafçılık, deri işleri, çorabcılık, daktilo - stenografi, mülâj, saat tamirciliği, yağlı boyacılık, eczacı kalfa yardımcılığı şubeleri vardır. Merkezde bütün hastalar erkektir. Bugüne kadar 299 kişi girmiş ve 191 mezun verilmiştir. Hastalık bakımından nüks nisbeti % 6 olup bu miktar Avrupa istatistikleri ayarındadır.

Post - Cure de Maison Lafitte : Paris civarında kurulmuş çok modern bir fonksiyonel readaptasyon merkezidir. Direktör Kervan idaresindeki bu merkezde, 1. plevra afetleri (plörezi sekelleri vesaire...) 2. Ekzeres veya torakoplâsti yapılmış olanlar. 3. Asynergigue teneffüs bozukluğuna müptelâ bulunanlar. 4. Diğer çeşitli sebeplere bağlı respiratuvar fonksiyon teşevvüşüne müptelâ bulunan hastalar çeşitli nefes egzersisleri, jimnastikler, karın üzerine tatbik edilen 3 - 5 kiloluk kum torbalarının tazyiki altında göğüs teneffüsünün mecburen temini, kesik kesik ve kuvvetlice nefes verme talimleri ile diyafragma elastikiyetinin artırılması... vesaire gibi muhtelif idmanlarla akciğerlerin, göğüs adelelerinin veya diyafragmanın fonksiyonel kudreti artırılmak sureti ile bu yolda bir readaptasyon temin edilmektedir. Hâlen memleketimizde bu tarzda çalışan bir merkez henüz kurulmamıştır.

Kronik tüberkülo hastaların readaptasyonu : Oldukça mühim bir mevzudur. Her türlü tedaviye rağmen zaman zaman basil çıkarmakta devam eden fakat aynı zamanda tıbbi kontrol altında günün muayyen saatlarında çalışabilecek kabiliyette olan bu gibi hastaların readaptasyonu ile garb memleketlerinde geniş mikyasta meşgul olunmaktadır. İngiltere de bahriye mensublarının readaptasyonu için Londra civarında kurulmuş olan Preston Holl hastahane ve köy tesislerinde bu gibi hastalara yer verilmiştir. Nitekim bu merkezde birinci dünya harbinden yani 1914 denberi çalışan eski hastalar mevcuttur. Bu hastalar köyde kendilerine tahsis edilen evlerde oturmakta ve günün muayyen saatlerinde hekim kontrolunda merkez atelyelerinde çalışmaktadırlar. Bu gibiler portatif evler, resimli sabunlar, çitadan yapılmış çamaşır kurutma sehbalı, resimli kutular..... vesaire gibi hafif ve yorgunluğu mucib olmayacak imâlatta çalışmakta ve muayyen bir mevzudaki mümaseseleri de çok artmış bulunduğundan san'at değeri olan eşyalar meydana getirmektedirler. Bu hastalar tarafından yapılan mamüller piyasaya sevkedilmekten evvel muhtemel bir buluşmayı bertaraf etmek maksadiyle usulü dairesinde dezenfekte edilmektedir.

Yine bu cümleden olarak Belçika da Brüksel civarında kömür madenleri mıntakasında bulunan Bruyeres Sanatoryumuna bağlı readaptasyon merkezlerindeki hastaların silikoz ve tüberkülozlu olanları arasındaki kronik vak'aların readaptasyonunda da Belçikanın meşhur hasır örgü işleri yaptırılmakta veya mütehassıs bahçıvanların hocalığı altında yine dünyaca meşhur Belçikanın orkide, karanfil ve emsali çiçeklerinin yetiştirilmesine çalışılmaktadır.

Yine İsviçre de Appisberg de Dr. Oppikofer'in idaresindeki (ki bu zat bu sene Eylül ayında toplanacak olan XV inci beynelmil tüberküloz

konferansındaki readaptasyon panelinin modöراتörüdür). Redaptasyon merkezinde kronik tüberkülozlu ve emsali işlerde geniş bir mümaseseye sahip kılınmışlardır. Aspiratörleri ihtiva eden modern atelyelerde nadide mobilyalar, dolaplar, karyola ve komidinler bu gibi bir gurup hasta tarafından imâl edilmektedir. Ankara Atatürk Sanatoryumu Baştabibi Dr. Enver Bozyakalı'nın intihap ettiği bu mevzu pek ehemmiyetli olup kendisi de Sanatoryumunda Hacı Bektaş taşından yapılan değerli esya ile marangozluk mevzuundaki imlâta bir dereceye kadar da kronik tüberküloz hastalarından istifade etmekte ve bu gibileri rehabilite etmek imkânını temin etmiş bulunmaktadır. Bu merkezden bugüne kadar 153 mezun verilmiştir.

Bu münasebetle İstanbuldaki Darülaceze tesislerinden de bahsetmek isterim. Değerli Baştabib Dr. Babaoğlu'nun idaresinde bulunan bu tesis, kendilerinin de beyan ettikleri gibi, daha ziyade ömürlerinin sonuna kadar burada kalmaya mecbur bulunan sakinlerle çalışma güçlerini kaybetmiş ve hiçkimsesiz kalmış acezelerin manevi acılarını unutturmak kendilerini yeniden hayata bağhyabilmek gayesini istihdaf etmektedir. Hemen işaret edelimki meşguliyet tedavisi esasına dayanan bu gaye, mükemmel bir eser doğurmuştur. Darülaceze tesislerinde erkekler seksiyonunda mükemmel marangoz mamulâtı, cila işleri, oymacılık, boya işleri, soğuk demir işleri, turistik hatıra eşyası, minyatür işleri, tezyin işleri, heykel, biblo, alçı işleri, matbaacılık, cilacılık, müretteplik, kadınlar seksiyonunda ise el örgüleri, çanta, el işleri, trikotaj, bobinaj mevzularında çok verimli çalışmalara şahit olmaktadır.

Memleketimizde kurulmuş gündüzlü rehabilitasyon merkezlerinden de bahsetmek isterim İstanbul Verem Savaş ve Yardım Sevenler Dernekleri tarafından müştereken idare edilen Şişli rehabilitasyon merkezi gündüzlü tedrisat yapmakta olup tüberkülozdan iyi olmuş namzetleri kabul etmekte, öğrencilerine öğle yemeği verilmekte ve gidiş geliş yol parası ödenmektedir. Namzet seçilmesinde basit psikanaliz metodları kullanılmaktadır. Dikiş, nakış, daktilo ile yapma çiçek şubelerini ihtiva eden bu merkezden bugüne kadar 45 daktilo ve 50 dikiş, nakış, çiçek mezunu verilmiştir. Yurdumuzda gündüzlü Şişli Rehabilitasyon merkezine müşabih ikinci merkez Ankara Verem Savaş ve Yardım Sevenler Derneği tarafından kurulmuş olan Rehabilitasyon merkezi ile (Burada dikiş, nakış, el işleri, saraciye, kornişçilik şubeleri olup bugüne kadar 49 mezun vermiştir.) İzmir Verem Savaş ve Yardım Sevenler Derneğine ait rehabilitasyon merkezi (burada da çiçek, nakış, fantazi eşya şubeleri olup bugüne kadar 84 mezun verilmiştir.) Faaliyet halindedir.

İstanbul da kıymetli Baştabib Dr. Zühtü Tefvik Erman'ın Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastahanesindeki Rehabilitasyon merkezi kısmen

kronik tüberkülozuların rehabilitasyonu ve kısmen de oküstasyon terapi sahasında faaliyet göstermekte olup bu merkezde mevcut bobinaj, torna, elektrik, radyo, stenografi, marangozluk, matbaa, çiçek, dikiş şubeleri faaliyette bulunmaktadır.

Ankarada Sağır Dilsiz ve Körler Rehabilitasyon merkezinde de marangozluk, kunduracılık, düğmecilik, dokumacılık, süpürge imâli şubeleri bulunup bugüne kadar 600 mezun verilmiştir. Ayrıca Eğridir Kemik ve Mafsal hastalıkları rehabilitasyon merkezinde ipek böcekçiliği, nakış şubeleri faaliyette olup İstanbul Sayın Baştabib Dr. Baha Özkay'ın idaresindeki Baltalıman Kemik Hastalıkları Hastahanesi deniz ve güneş tedavi enstitüsü readaptasyon merkezinde kısmen meşguliyet tedavisi çerçevesinde çalışmakta ve fotoğrafçılık, nakış, bığki, dikiş, marangozluk ve oymacılık şubelerinde bugüne kadar 172 kişi rehabilite edilmiş bulunmaktadır. Ayrıca İzmir göğüs hastalıkları rehabilitasyon merkezinde marangozluk, daktilo-stenografi, hasır örme atelyeleri faaliyet halindedir. Eskişehir Göğüs hastalıkları hastahanesine bağlı rehabilitasyon merkezinde de çoracılık, boyacılık, tabelacılık ve kadınlar kısmında da muhtelif el işleri yapılmaktadır.

Hâlen İşçi Sigortaları Teşkilâtı da bu mevzuda yeni ve esaslı organizasyona girişmiş olmakla çok isabetli bir harekete tevessül etmiş bulunmaktadır.

Görülüyorki memleketimizde rehabilitasyon mevzuu çeşitli safhaları ile ele alınmış bir dâva halinde inkişafa namzet bulunmaktadır. Bu hususta tebliğimizin başında da arzettiğimiz vecihiyle hastaların hususiyetlerine, ihtiyaçların özelliğine ve imkânların vüs'atine tâbi olarak yurdun her tarafında bu merkezleri geliştirmek lâzımdır. Bir taraftan öğretici mahiyette olan merkezleri kurarken diğer taraftan da meselâ İngiltere de Papworth tesisleri gibi köyler ihdas edecek şekilde sınıai merkezleri ihtiva eden üniteler meydana getirmek sureti ile tüberkülozdan, iş kazalarından, müzmin zehirlenmelerden, her türlü sakatlıklardan, ruhi depresyon ve fena itiyatlardan.... hasılı çeşitli sebebler saikası ile malûl kalmış vatandaşlarımızın müstehlik halden müstahsil hale geçirmek ve kendilerinin rehabilitasyonunu müteakıp de mutlaka iş yapabilmelerini ve iş bulabilmelerini sağlayacak çalışma sahaları ihdas ederek himaye kanunları çıkartmak mevzuunda çalışma Vekâleti ile Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâletimizin elele vererek sarfetmekte bulundukları gayrete devam etmeleri icap etmektedir. Bu cümleden olarak yurdumuzun bazı bölgelerinde istihsal hususiyeti arzeden bazı imâlat merkezleri için bu havalideki tedavi müesseselerinde maksatlı rehabilitasyona gitmek de her halde faidelidir. Nitekim meselâ Eskişehir de lüle taşı, Isparta da

gülyağı ve halıcılık sanayii bölgelerin özel imâlatı olduğuna göre buralarındaki tedavi müesseselerinde bulunan hastaları mezkûr tesislerde çalıştırmak maksadı ile talim ve rehabilite etmek yerinde bir hareket olacaktır.

Şükranı sayan olan husus, hükümetimizin bu pek önemli dâvayı bütün şumûlü ile kavrayarak vakit geçirmeden her türlü tedbiri almağa başlamış bulunmasıdır. Nitekim, kısa bir mazisi olan rehabilitasyon merkezlerimizin bu anlayış havasının imkânları içerisinde garb memleketlerine nazaran daha çabuk bir tempo ile gelişmeye devam edecekleri kanaatindeyiz.

BİBLİOGRAFI

- 1) İstanbul Verem Savaş Derneği Genel Kuruluna Sunulan Rapor. 1957.
- 2) Suggested Pamphlet on Rehabilitation of the tuberculous. Pappworth Village Settlement. 1957.
- 3) Pappworth's Progress. Report for 1957. Pendragon Press.
- 4) Pappworth Village Settlements. 1957.
- 5) British Legion Village (Preston Hall). Maidstone, Kent. 1957.
- 6) Preston Hall Hospital Managément Committee. April 1, 1955 - March 31, 1957. British Legion Press.
- 7) A Propos de la readaptation fonctionelle des tuberculeux. Par R. Kervan et M. Cara. Revue de la Tuberculose, Tome 18, No. 7, 1954.
- 8) Kervan, Cara, Duprés et Chaumeau. Rééducation respiratoire après exérese. Revue de la Tuberculose. Tome 20, No. 9, 1956.
- 9) R. Kervan et R. Rollin. A Propos de 77 Rechutte Tuberculeux survenues en cinq ans dans un centre de post cure. Revue de la Tuberculose. Tome 18, No. 7, 1954.
- 10) R. Kervan, M. Fain, B. Dupres et Y. Salzi. Essai d'étude psycho-somatique de la cure sanatoriale. Revue de la Tuberculose, Tome 21, No. 7, 1957.
- 11) 50 années de lutte contre la tuberculose en Belgique 1897 - 1947. Editée par L'oeuvre Nationale Belge de Defence Contre la Tuberculose.
- 12) Mutuelle General de l'education Nationale. Numero Special 1957.
- 13) Schweriche Zeitschrift für Tuberculose. 12, 147-II-1-1955. Arbeitstherapie und umschulung in der arbeitshelstötte (Appisberg). Von K. Oppikofer.
- 14) Jaresbericht der Kantonaten Lifa und der arbeitshelstatte Appisberg, Mandorf 1956;

- 15) Der XII Tagung Wiesenschaftlichen Geselcgaft sind Westdeutscher tuberkuloseartze am 11 und 12 Mai 1956, in Bad Hambourg. Erfahrungen aus der arbeitsscheilstatte «Appisberg» in der Schweiz. Applkofer.
- 16) R. Kervan et Dupres. Cinq années de fonctionnement d'une centre de post cure. Revue de la Tuberculose, Tom. 17, No. 7-8, 1953.
- 17) Z. S. Özgen, M. Berker. Heybellada Rehabilitasyon Merkezi. Üçüncü Türk Tüberküloz Kongresi Kitabı. s. 334-339.
- 18) A. Köymen, R. Hazar. Akciğer Tüberkülozunda Rehabilitasyon mevzuunda Düşünceler. Üçüncü Türk Tüberküloz Kongresi Kitabı. s. 343-344.
- 19) F. Erhat. Türkiyede Rehabilitasyon Problemi. Birinci Türk Tüberküloz Kongresi Kitabı. s. 170-180.
- 20) M. Berker. Tüberkülozda Rehabilitasyon. Birinci Türk Tüberküloz Kongresi Kitabı. s. 181-187.
- 21) T. İ. Gökçe, M. Berker. Heybellada Sanatoryumu Rehabilitasyon Merkezi ve Çalışmaları. İkinci Türk Tüberküloz Kongresi Kitabı. s. 113.
- 22) B. Oskay, Kemik ve Mafsal Hastalıklarında ve Tüberkülozda Rehabilitasyon. İkinci Türk Tüberküloz Kongresi Kitabı. s. 120.
- 23) R. Cander. Tüberküloz Hastalarda Rehabilitasyon. İkinci Türk Tüberküloz Kongresi Kitabı. s. 134.

—oOo—

TÜBERKÜLOZ MIKROBİYOLOJİSİNDE BAZI YENİLİKLER

Dr. Nureddin ONUR

Tüberküloz mikrobiyolojisinin, son yıllar içinde, gerek genişlik ve gerekse derinlik bakımından erişebildiği gelişmeleri, okuma zamanı mahdud ve rapor çerçevesine sığdırabilmekteki müşkülâtın takdir buyurulacağını ümit ederek, ihtisar veya sükût edilmiş bulunan noktalar hakkında mazur görülmeğimi rica eder ve ancak kanaatimce önemli bulduğum ve esaslı telâkki ettiğim konulara temas edeceğimi evelden arz ederim.

Akciğer vereminin klâsik muayene materyeli olan crachats'nın elde edilmesi mümkün olamıyan vakalarda tatbik edilen mide lavajı mayii yerine hançere ekuviyonajı veya lavajı yahut bademcikler üzerine ekuviyonajın daha fazla nisbette müsbet netice sağhyabildiği görülmüştür. Ancak bu ekuviyonaj bahsinde küçük bazı hususiyetler bulunmak-

tadır ki, gözönünde tutulmaları faydadan hâli değildir. Ekuviyonun pamuğu - ihtiva ettiği lipidlere bağlı olarak - bir takım toksik maddeler taşımaktadır (1). Bunların zararlı tesirlerini ortadan kaldırmak üzere ekuviyon pamuklarının, önceden, eterle degresse ve ondan sonra da, Pasteur fırınında değil, otoklavda sterilize edilmeleri icabetmektedir. Bu külfete katlanmak arzu edilmezse soluble Nylon pamuklar tercih olunmalıdır.

Yayınlanmış olan istatistiklere bakılırsa 14948 mide lavajı mayiinden elde edilen müsbet kültür nisbeti % 2,47 olduğu halde, 108716 hançere ekuviyonajı % 4,38 nisbetinde müsbet netice vermiş bulunmaktadır. (2).

Verem basillerinin sentetik vasatlarda üretilmesi konusundaki araştırmaların sağladığı faydalar inkâr edilemez. Bu bakımdan bu basillerin üreme ihtiyaçları ve metabolizmaları üzerinde duran müellifler, disgonik basillerle ögonik olanların farklarını inceledikleri zaman, disgonik suşların üremesinde (Tween 80) in önemli rolü bulunduğunu kaydetmekle beraber, bunun eksptansiyel bir kudreti olduğunu, zira miktarı artarsa vasatın toksisite kazandığını ve bundan dolayı da optimum bir konsantrasyonunun bulunması lâzım geldiğinde ittifak etmektedirler. Hâlen ancak ögonik suşlar için bir optimum tayin edilebilmiş ve bir eksptansiyel kudret bulunmuştur.

Bu araştırmaların sonunda her iki tip verem basili suşunun da glikozu ve gliserolü metabolize edemediği anlaşılmıştır. Hattâ böyle vasatların bilhassa disgonik suşlar için inhibitör oldukları görülmüştür. Fakat bu cisimler kültür vasatında Tween 80 ile beraber bulundukları zaman, her iki tip suş da Glutamik, Malik, asetik ve süksinik radikallerini yağ asidleri yerine kullanabilmişler ve glikoz ile gliserolün, Tween 80 siz, toksik dozlarında bile üreyebilmişlerdir. Bazı müellifler de bu esasa dayanarak sığır tipi verem basillerini tecrit için glikozsuz, oleik asidli jeloza tavsiye ederler (30). E. Lederer ve A. Ginsburg, her nekad, BCG den tecride muvaffak oldukları bir asidi (Acide Mycolique) insan tipi basillerde bulamadıklarını iddia etmişlerse de (4), Mycobakterium'ların her suşunda çeşitli mycolique asidler bulunduğu ve bunun sığır tipi basillere mahsus bir şey olmadığı anlaşılmıştır. (5).

Âdi jeloza insan, tavşan veya fare kanı ilâvesiyle hazırlanan vasatta hem insan ve hem de sığır tipi basillerin üreyebildiği, fakat yine âdi jeloza % 16 nisbetinde fare kanı ilâvesiyle hazırlanan vasatın yalnız sığır tipi basillere uygun geldiği, ancak kültürde bir gecikme olduğu, bu vasatta kuş tipi basillerin de ürediği, fakat kültürün sığır tipindekinden dahi geç zuhur ettiği görülmüştür. (6). Bunun sebebini izah etmek is-

teyenler, fare kanının insan tipi basillerin üremesine lüzumlu bir faktörden mahrum bulunduğunu düşünmektedirler.

Diğer taraftan marazî maddelerin ihtiva ettikleri tâli mikroplardan temizlenmesi ve vasatta yalnız verem basillerinin üremesini temin etmek üzere Detergent kullanmak usulünde hayli başarı elde edilmiştir. F. Tison (7) un tavsiye ettiği Teepol bunların en uygunlarından biri gibi görünmektedir. Bu müellif 15372 tüpte 2562 kültürle çalışarak, mikroskopta menfi olan 1126 marazî maddenin 107 sinde müsbet kültür elde edebilmiş ve 15372 tübün ancak % 0,97 sinde souillure bulunmuştur. Görülüyor ki, Teepol ile homojenizasyon seri bir usul olduğu kadar, basilleri tahrip etmemesi bakımından da hassas ve emindir. Aynı müellif, başka bir usul tavsiye ederek (8) mikroskopi ile kültürü birleştirmektedir. Marazî maddeyi soude'lu Teepol ile muameleden sonra, Malaşit yeşilli Yomans vasatına ekmede ve bir hafta etüvde kaldıktan sonra tortuda gayet vazih torsadlarla basillerin ürediğini mikroskopta görmektedir. (Homoculture.)

Ammonium quaternaire ve Phosphate trisodique usulleri henüz tatmin edici bir hâle gelmemişlerdir.

Bir kısım müellifler de aynı maksatla Penicilline, Chloamphenicol, Aureomycine, Terramycine, Bacitracine, Polymixine, Tyrotrycine, Erythromycine tavsiye etmektedirler. Bunları ve bilhassa Polymixine ile Aureomycine ve Penicilline karışımının inoculation için kullanılacak gaitada tatbiki uygun bulunmuştur. (9).

Chimiotherapie ye tâbi tutulmuş hastalarda, mikroskopta verem basili görüldüğü halde, kültürünün menfi kalmasındaki paradoks, bu basillerin vitalitelerinin latence halde bulunması ve üreyebilmek için uzunca bir zamana muhtaç olmaları ile izah edilmektedir. Zira şu nokta dikkati çekmektedir ki, açık kavernli 48 hastanın 44 ünde 8 haftada müsbet kültür alınmış halde, 22 kapalı kavernli hasta balgamından 8 hafta sonunda hiç bir müsbet kültür alınmamıştır. Fakat 9-10 ay bekledikten sonra bunlardan da üreme görülmüştür. H. Mac Wandivier ve arkadaşlarına (6) göre kapalı kavernler de görülen bu hâdise asla chimiotherapie ile ilgili değildir, çünkü antibiotik buraya girememiştir. Buradaki basillerin latence halleri tamamen uzviyetin kendi mukavemeti, neticesidir. Bazı müellifler bu durumu enzarin müsâit olduğuna delil sayarlar.

Genital organlar tüberkülozunu teşhis bahsında menstrüel kanın mikroskopik muayenesinden hiç bir netice elde edilemeyeceğini, fakat kültürün ise, inoculation'un manfi kaldığı hallerde bile müsbet netice verdiği iddia edilmektedir (10). Bu itibarla menfi bir inoculation neti-

cesi, yalnız başma, tüberkülozu reddetmeğe yeter yılmamalıdır. Ancak menstrüel kan, en az, birbirini takib eden üç devrede muayene edilmelidir. Meissner (11) kobay inoculation'umu tercih etmekte ise de, muvafakiyetin şartı olarak, zerk edilecek materyelin hazırlık muamelesinde, esasen miktarı az olan basillerin tahrip edilmemesine itina edilmesini tavsiye etmektedir.

Verem basillerinin uzviyetten itrahi muntazam değildir. Bazan itrahi zamanları arasındaki fasıla pek uzun olabilir. Bu itibarla birbiri arkasından günlerce basil aramak yerine, bu muayeneyi muntazam fasıllarla tekrar etmek daha faydalıdır. Bilfarz haftada bir yapılan muayeneler, 12 hafta muntazamen menfi kalırsa bu hastada şifadan bahsetmek mümkün olur (12).

Hylkena (13) kültürde muvaffak olmak için lüzumlu şartları şu suretle hülâsa eder: 1) Ekilecek maddenin gerekli bazı faktörleri ihtiva etmesi, 2) Vesatta albümin bulunması, 3) kâfi rutubet.

Verem basillerinin Streptomycin'e karşı mukavemet kazandıkları anlaşıldıktan ve onu takiben isoniazide de verem tedavisi sahasına girdikten sonra, tahmin edildiği gibi, mukavim basiller meselesi bu konuda da ortaya çıktı. İNH ya karşı mukavemet kazanan basiller kobaya zerk edilecek olursa şu neticeler elde edilir:

1) Mukavim ve hassas basiller bir arada zerk edilirlerse, mukavim basiller eski hassasiyetlerine avdet etmezler ve bhusus ilk pasajlar da mukavemetlerini olduğu gibi muhafaza ederler. Ancak bu mukavim basiller arasında virülansı pek düşmüş olanlar, bir zaman sonra ölürler.

2) Mukavemet kazanmış basillerde virülansın azalması total değildir. Nisbi olan bu hâdisede kobaya zerk edilecek olan basil miktarının önemi vardır. Filhakika bu tip basillerden 1 milligramme gibi yüksek bir doz zerkedilecek olursa, kobayda organ tüberkülozu husule geliyor, fakat hayvanı öldüremiyor. Bu sebepten dir ki, mukayese dozlarını 0,01 den yukarı çıkarmamak tavsiye edilmektedir.

3) Kobayda görülen tüberküloz âfetinin vehamet derecesi, zerk edilen grup içinde bulunan basillerin hassasiyet ve mukavemet derecelerine yani virülanslarına bağlıdır.

Rist ve arkadaşları (14) 0,1 den 10 mikrogammaya kadar İNH ya hassas olan ve zahiren homojen görünen bir kültürün massif dozu ile deri altından zerkedilen kobayların ölmediklerini görmüşlerdir. Bunları 25-50 inci günlerde açarak gözle görülebilen tüberküloz jeneralize afeti bulmuşlar ve bu afetlerin iki aydan sonra tamamen ve kendi kendi-

lerine şifa bulduklarını tesbit etmişlerdir. Bu regressif afetler en geç 8 ayda tam rezolüsyonla veya nadiren ankiste olarak şifa bulmaktadırlar. Zerk noktasına mücavir lenfa düğümlerindeki abseler altıncı aya kadar devam eder. Bunlara 2-3 hafta sonra ponction yapılırsa % 75 nisbetinde müsbet kültür elde edilir (15). İki aydan sonra bu afetlerden tecrit edilebilen basiller yine aynı mukavemette sebat ederler. Mukavemetleri azalmış bile olsa bu basillerin virülansı BCG. den daha yüksektir.

Bununla beraber bazı tecrübeler dayanan müşahedeler de vardır ki, 20 gammaya kadar mukavim olan basillerle zerk edilen kobayların afeti kendi kendine şifaya yüz tutmuşken, sonradan évolütf bir seyir almakta ve hayvanı öldürmektedir. Bu afetlerden üçüncü ay sonunda tecrit edilen basillerin hassas oldukları tesbit edilmiştir. Diğer taraftan jeneralize, progressif ve nihayet öldürücü tüberküloz tevlit eden suşlarda ise aynı mukavemetin muhafaza edildiği sabit olmuştur. Bunlar az dozları ile bile virülen olan basillerdir.

Muhtelif cins antibiotik ajanlarla tedavîye tâbi tutulan hastaların, ekserezle elde edilen, akciğer afetlerinden veya balgamlarından yeni tecrid edilmiş basillerden 125 suşu inceliyen E. Bernard ve arkadaşları (16) bunları kobaylara zerk ederek 75 inin normal derecede patojen, 50 sinin ise virülansının zayıf olduğunu görmüşlerdir. Bu 125 suşun 34 ü Steptomycine, PAS ve INH ya karşı hassas kalmışlardı. Bunlar patojenlikleri normal olan suşlardır. INH ya mukavim suşlar kobaya inoculé edildikleri zaman organ afeti hasıl etmemekte ve hayvanlar müzmin veremle ölmektedirler. Bu denemeler maymunda yapılacak INH ya mukavim basiller bu hayvanlara damar içi yolundan zerk edilecek olursa 91-169 güne kadar verem afeti hasıl etmemektedirler. Halbuki hassas basillerle inoculé edilen maymunların 4 haftadan evvel jeneralize veremle ölmeleri mutaddır. Şurası da bilinmelidir ki, kobay için az patojen olan suşlar da, eğer damar içi yolundan verilecek olurlarsa, bunlar da bir ay içinde hayvanı jeneralize veremden öldürürler.

İşte bu sebepten dolayıdır ki, mukavim basillerin kobay ile faredeki virülans farkları zerk yollarının ayrılığı ile izah edilmek istenmektedir. Denebilir ki, mukavim suşları karakterize eden; mevzii olan agressivité lerinin kaybolması değil, üremelerindeki ağırlaşma ve yayılma kudretlerindeki yavaşlamadır. E. Bernard ve arkadaşları damarları içinden mukavim basiller zerk edilen kobaylara, iki ay sonra ve yine aynı yoldan, fakat daha az miktarda basil zerk edildiği zaman, bu hayvanlarda mukavim basillerin hasıl ettikleri afetlerin gerilemiş ve nihayet kaybolmuş olduklarını görmüşlerdir. Bu bakımdan kobaylarda hasıl edilen mevzii afetlerin variation'ları, farede ölümü mucib olan muhtelif virülansdaki

suşlarındakinden daha mühimdir. Müellif buna istinaden mukavim suşları şöyle bir tasnife tabi tutmaktadır :

ml. de 0,1 mikrogram INH ya hassas suşlar — normal virülansdadır.

ml. de 20 mikrogram INH ye mukavim olanlar — az virülansdır.

INH ya karşı mukavim basillerde Katalaz faaliyeti, pek az bir derecede bile olsa, derhal azalır ve bu hâl o suşun kobaya karşı patojenitenin de azalması ile müvazidir. Ancak bu homojen kültür tecrübelerinde doğru netice verir. Eğer veremli materyel kullanılacak olursa, bunlarda bulunabilecek olan pek az miktar hassas basil neticeyi, beklenenin tamamen aksine olarak değiştirebilir. Ancak şu noktaya dikkat etmek icabeder ki, INH ya mukavemetleri yükselmiş bulunan bazı suşlarda hem katalaz faaliyeti değişmemiş, hem de kobaya karşı virülans normal kalmıştır. Bu konuya dair olarak Liebermann'ın (17) araştırmaları şu kanaati vermektedir: INH ya mukavim olup 2-4 senedenberi kobaya karşı patojenlikleri devam eden 4 suştan;

- Bir suş çok patojen, INH ya az mukavim, Katalaz kudreti normal,
- Bir suş, aslında çok patojen iken, INH ya orta derecede mukavim, patojenitesi azalmış ve katalaz kudreti hafif,
- Bir suş INH ya orta derecede mukavim, katalaz kudreti hafif, kobaya son derecede patojen,
- Bir suş, tek mil karakterleri ile üçüncü suşa benzediği halde zerk edilen dört kobayın ancak birinde kavernli afet hasıl edebilmekte olduğu görülmüştür.

Bazı müellifler INH ya mukavim ve kobay için virülansı azalmış verem basili suşlarını gerek hasta ve gerekse hasta muhiti için zararsız telâkki etmeğe mütemayildirler. Fakat bu kanaati mutlak surette, bilhassa umumî olarak müdafaaya imkân yoktur. Antibiotiklerle tedavi edilmiş hasta materyelinde mukavim ve aynı zamanda normal şekilde virülen basillerin bulunduğu sabit olmuştur. Çünkü sadece mukavemetin artması, virülans azalmasının tek faktörü değildir. Netekim mukavemetleri tamamen müsavi olduğu halde, virülans kudretleri birbirinden çok farklı suşlar tecrit edilmiştir.

Mukavim suşların yarısında bile katalaz kudreti, e'lan, menfi bulunmaktadır (93 mukavim suşun 46 sinda müsbet 47 sinde menfi). INH ya mukavim suşların anzim kudretlerinin değişmesi bunların antijen kud-

retlerinin de değişmesine sebep olmaktadır. Bu menfi bir değişmedir. Zira bu mukavim basillerin gerek hemagglutination ve gerekse hémolyse conditionné kudretleri hassas suşlarınkinden az azdır. Bu konuda İNH ya mukavim BCG bir istisnâ teşkil etmektedir. Çünkü böyle bir suş tavşana zerk edilirse gerek hémagglutination ve gerekse hémolyse kudreti hassas basillerinki ile aynı seviyede bulunur.

İNH ya mukavemet kazanan verem basilleri bu antibiotike karşı mukavemetlerinin neticesi olarak seleksione olmuş az virülan suşlardır. Binaenaleyh İNH ile tedavi gören hastalardan tecrit edilen bu basiller az virülandır, fakat yine henüz patojendirler. İşte bundan dolayıdır ki, tedavinin hedefi böyle jermilerin portörlerini meydana getirmek değil, sürekli bir tedavi takibederek verem afetini sterilize etmek olmalıdır. (Bernard, E., Kreis B., Le Joubioux, E.)

Bu son zamanlarda üzerinde pek haklı olarak uzun uzun durulan atipik asidorezistan basiller konusu, Pollak ve Buhler'in (18) sarı basil adını verdikleri bu basilleri insanın akciğer afetinden tecridi ile başladığı malûmunuzdur. Bu basillerin insan akciğeri âfetlerinde bulunma nisbeti, müellife göre % 2 den % 25 e kadar değişmektedir.

Amerikada insandan tecrit edilebilen 200 atipik basil suşunu inceleyebilen Dr: E. H. Runyon (19) bunları şu suretle ikiye ayırır :

- 1) Bir kısmı, ışığa maruz kaldıktan sonra, limon sarısı rengini alırlar (Photochromogène)'ler,
- 2) Bej, beyaz, şamua yahut sarımtırak renkli olup, renk hasil etmek için ışığa muhtaç olmıyanlar (non photochromogène) ler.

Bu basillerin umumî karakterleri, yine bu müellife göre, şunlardır:

- a) Kolonilerinin pek çoğu düzdür. Pek azı pürtüklü ve büyük bir kısmı az çok renklidir.
- b) Kord teşkil etme kabiliyetleri vardır, bazılarında pek hafiftir.
- c) Bu basiller verem basiline ya çok büyük yahut çok küçük olurlar.
- d) Tuzlu suda emülsion olmaları verem basillerinden kolaydır.
- e) Bu basiller, tedavi görmemiş hastalarda, PAS a mukavimdirler.
- f) Bu suşların pek çoğu kobay ve tavşana virülan değildir, fakat fare ve hamster'e virülandır.

- g) Bu basillerin tecrit edildiği hastaların Tüberkülin teamüllerinde ittirat yoktur.
- h) Atipik basillerin insanda hasil ettiği afetler de, histopatoloji bakımından atipiktir.
- 1) Bazı suşların kolonileri de portakal sarısıdır (Scotochromogène). Bunların bulunduğu hastalarda çok defa hem tipik verem basilleri ve hem de bir mantar bulunur.

E.H. Rünyon atipik basilleri üç grupta mütalâa ederek her gruba ait hususi karakteri şöyle tesbit etmektedir :

I — Photochromogène ler

Bu tip basiller çok defa hasta insanlardan tecrid edilir. Karanlıkta üredikleri zaman renkli değildirler. Fakat gelişme çağındaki genç kültürler, birkaç dakika bile olsa, ışığa maruz kaldıktan sonra 37 dereceye konursa 6-2 saat içinde sarı renk alırlar. Devamlı olarak ışıktaki üretilirlerse renkleri limon sarısından, portakal sarısı hattâ tuğla kırmızısına kadar koyulaşır. Bu basiller verem basillerinden daha uzuncadırlar ve granülasyonları da bulunabilir.

Umumiyet itibariyle düz olan kolonileri bazan pürtüklü olabilir. Photokromojenler verem basiline daha çabuk, fakat saprofitlerden daha yavaş ürerler.

Kord teşkil etme kudretleri hafiftir.

Rouge neutre teamülü menfidir.

Katalaz kudreti virülan verem basillerininkinden fazladır.

İlaçlara karşı hassasiyet azdır.

Kobaya deri altından az virülandırlar.

Fareye damar içinden zerk edilirse, virülansı normaldir.

II — Non photochromogène ler

Bunlar heterojen bir grup teşkil ederler. Zira bu suşlardan pek çoğu hakikaten nonkromojen oldukları halde, pek çoklarının kolonileri şamua, Havana, penbe veya sarı renktedir. Bazı kültürler renklenseler de foto veya skotokromojenlerin sarı yahut tuğla rengini almazlar.

Kolonileri daima düzdür. Basilleri daima küçüktür. Kord yapmaları nadirdir.

Virülan verem basilinden daha çabuk, saprofitlerden daha geç ürürler.

Rouge neutre teamülü menfidir.

Katalaz kudretleri kuvvetlidir.

İlaçlara karşı az hassastırlar.

Bu suşların lâboratuvar hayvanlarına virülansları sabit değildir.

İnsan için patojen olduklarını kabul ettirecek müşahadeler vardır.

III — Scotochromogène ler

Bunlar fotokromojen suşlara benzerler. Zira devamlı olarak ışıktan üretilirlerse renkleri kırmızıya kadar koyulaşır. Onlardan farkları, karanlıkta üredikleri zaman, kolonilerinin renklerinin portakal sarısı olmasıdır.

Bunlar pratik olarak avirülandırlar.

Skotokromojenler insandan çok tecrid edilir. Fakat insandaki hastahğin sebebi olarak kabul edilmeleri kat'i değildir.

Atipik basillerin incelenmesine, bugün için, henüz tamam olmuş demez. Bir defa bunların aralarında tasnifi yapılamamıştır. Diğer taraftan da isimleri üzerinde henüz bir umumî mutabakata varılamamıştır. Bazı müellifler atypique sıfatını tenkid etmektedirler. Runyon (anomal) sıfatını tercih eder. Cohn, Oestereich ve Middlebrook da fotokromojenlere (*Mycobacterium Tuberculosis Luciflavum*) adını vermekte ve bunların homojen bir grup olduğunu kabul etmektedirler. Bu teklif kabul edilmemiştir. Şimdilik atypique veya anomal tabirlerinden birinin veya daha bir başkasının kabulü için Amerikan Bakteriyoloji Cemiyetinin Taksonomi Komitesinin vereceği karar beklenmektedir.

Tüberküloz muafiyetini izah için ve bilhassa bunun Tüberküloz alerjisi ile olan münasebetini gözönünde tutarak, circulant antikorlardan evvel, sessile antikorlar bir hayli zaman bahis konusu olmuşlardı. Bu tip antikorların tüberkülini antijen olarak tesbit edebilmeleri kabiliyetini isbat eden bir çalışmamızı 1950 de yayınlamıştık (20).

Son zamanlarda circulant antikorlar meselesi yeniden ele alınmış ve Seibert (2) ile arkadaşları, biri (tüberküloprotid) lere, diğeri (Poliozid) lere ait olmak üzere iki çeşit antikoru precipitation usulüyle meydana koymuşlardır. Bunlardan Poliozidlerin antikorları sadece poliozid antijenlere karşı hasıl olmakta ve tavşanlarda muafiyet tevhit edememekteler. Buna mukabil BCG ile aşılardan tavşanlarda husule gelen muafiyet hem tüberküloprotidlere ve hem de poliozidlere karşı antikor teşkil etmektedir. Müelliflere göre verem muafiyetinde esas olan hâdise antikor muvazenesi spektrinin tam olmasıdır.

Rhins ve arkadaşları (22) da bu antikorları jelozda diffusion usulüyle meydana koyabilmişler ve bunların tüberküloz alerjisi ile münasebeti olmadığını ileri sürmüşlerdir.

Berdel (23) ve arkadaşları ise başka çeşitte iki antikor kabul ederler. Bunlardan biri uzviyeti sansibilize eder, kendisi hücrede tesebbüt eder ve hücre ile intikal eder. Antijen - Antikor bağlanması hücre içinde vukubulur. Bunun neticesinde bir Cytolyse husule gelir. İkinci türlü antikor ise, bu birinci antikoru toksik tesiri sayesinde husule gelen dir ki, uzviyeti, birincinin aksine, desansibilize eder ve sonraki cytolyse'e mani olur.

Czezowska (24) BCG zerkleri ile sansibilize edilmiş kobayların karaciğerinden (W 12) dediği bir fraction tecrid edebilmiş ve bunun Tüberküloz alerjisini inhibé edebildiğini göstermiştir. Tüberkülin ile precipitation teamülü vermiyen bu protein fraction'unun antialerjik tesiri o kadar kuvvetlidir ki, Koch fenomenine bile mani olabilmektedir.

Veremli hastaların serumlarındaki antikor seviyesi ile bu hastaların mevzî afetleri arasında münasebet gören müellifler vardır. Filhakika bunlar antikor seviyesi yüksek olan tecrübe hayvanlarında mevzî afet süresinin kısılgını görmüşlerdir. (25)

Ohara ya göre Tüberküloz alerjisi ya iptidâi bir muafiyet şekli ve yahutta onun natam bir ifadesidir. Actif veremli hastaların % 56 sında, meydana konabilecek miktarda olan, antikorlar sağlam insanda aslâ bulunamamıştır. Bu antikorların hastalık başlangıcından itibaren 6 - 12 ay sonra meydana çıktıkları veyahut meydana konabildikleri anlaşılmaktadır. Bunların miktarı verem afetinin faaliyeti devam ettiği müddetçe artmakta olup, seviyeleri de afetin genişliği nisbetinde yüksek bulunmaktadır. Bu antikorlar her ne kadar Middlebrook teamülüne muvazi iseler de onun kadar spécifique değildirler.

Virülansı düşük basillerle muafiyet denemeleri yapan Rabe (26) ve arkadaşları enfekte ettikleri hayvanlarda Gamma globülinin hissedilecek

derecede artarak, buna mukabil serum albümininin azaldığını meydana koymuşlardır. Gamma globülündeki bu artış 128 - 154 üncü güne kadar devam ediyor ve yine normal seviyesine avdet ediyor. Dikkate şayandır ki, aynı muafiyet denemeleri, virülen basillerle yapıldığı zaman bu Gamma globülün artması hem seri ve hem daha da yüksek oluyor. Bizim mahdut tecrübelerimiz (H. Rv. ve BCG) Rabe nin görüşünü teyit etmektedir. Elektroforez ile yaptığımız müteaddit determination'larda virülen süsların BCG den daha çabuk, ve bilhassa yüksek olarak, Gamma globülünü arttırdığını gördük. Mukayese için kullandığımız parat uberculeux süslar bu kudretten tamamen mahrum bulunmakta idiler.

Bu görüşü insan kliniğinde incelemiş ve veremli çocuklar en serumlarında Gamma globülün miktarı yüksek bulunmuştur. Müzmin reenfeksiyon vakaları için de hâl böyledir. Menenjit tüberkülozlu 4 çocukta Gamma globülün seviyesi yükselmemiş ve bunların ölümle neticelenen 2 sinde bu hâl sonuna kadar böyle devam etmiştir. Şifa bulan iki vakada ise, nekahat devrinde bile olsa, yine hafif bir artış kaydedilmiştir. Granülüye mesap 5 çocuğun 3 ünde, hastalık başından itibaren Gamma globülün seviyesi yükselmiş ve ancak nekahat devri sonunda azalmağa başlamıştır. Diğer ikisinde ise baştan beri az olan Gamma globülün seviyesi sonuna kadar böyle kalmış, bu çocukların nekahat devri pek uzun sürmüştür. Hastalığın vehameti ile Gamma globülün miktarının yüksekliği arasındaki münasebeti kabul eden müellifler çoktur.

HÜLÂSA :

Tüberküloz mikrobiolojisinin son yıllardaki gelişmesini hülâsa edebilmek üzere, temel problemler bakımından, şu konular üzerinde durmak mümkün olur :

Balgam muayenesinin mümkün olmadığı veya kifayetsiz bulunduğu hallerde bademcikler üzerine eküvionaj yahut hangere lavaşı usullerinin her tarafta kabul ve tatbiki hiss olunur derecede üstünlük sağlamış olduğu anlaşılmaktadır.

Kültür vasatlarının sentetik tipleri üzerindeki araştırmalar üremeği kolaylaştıran bazı yeni faktörlerin bulunmasına hizmet etmiş ve Koch basillini nmetabolizmasını daha yakından tanımak kabül olmuştur. Bu çalışmaların gayesi, marazî maddelerden elde edilen müsbet neticelerin daha yüksek olmasını sağlamaktır.

Marazî maddelerden tâli bakterileri izale teşebbüsleri de önemli neticelere ulaştırılmıştır.

Inoculation bahsında (Hamster) den beklenen ümitler henüz tahakkuk etmemiştir.

Antibiotiklere mukavemet meselesinde, bilhassa İNH ya mukavim bakterilerin virülanslarındaki düşme ve katalaz faaliyetlerinin azalması hattâ zâil olmaması bir çok müelliflerin bu konudaki uzun çalışmaları sayesinde bir hayli derinleşmiş olmakla beraber ilk devrelerin telâk-kilerini tekrar gözden geçirmek, hususiyle virülansın zail olması konusunu yeniden ele almak icabettiği anlaşılmaktadır.

Atipik ve kromojen süsların mahiyeti hakkındaki araştırmalar devam etmektedir. Bugünkü bilgimize ve exploration usullerimize göre bunların tam bir klâsifikasyonuna henüz vasil olunamamıştır. Görünüş şu intibai vermektedir ki, Atipikleri, tipik mikobakterium sınıfından ayırmak mümkün olsa bile, atipikleri kendi aralarında tasnif için daha pek çok çalışmak icabedecektir.

Tüberküloz antikorlarının kimyevî bünyeleri üzerindeki çalışmalar bir hayli yenilikleri ortaya koyabilmiş ve bunların husul mekanizması bir çok hipotezler ileri sürülmüştür. Bununla beraber esas olan, antikorların globülün fraksiyonlarında bulunduğu kanaatı sabit kalmıştır. Elektroforez incelemeleri bunu teyit etmektedir.

REFERENCES

- 1) Hamilton Thomas, C. H. — Monthly Bull. Minist. Hith. (London) 1956, T. 15, P. 141 — 155.
- 2) Simek, R. — Rozhl. Tuberkl. 1956, T. 16, P. 1957 — 159.
- 3) Schaefer, W. B. — J. Exper. Med. 1952, T. 207 — 219.
- 4) Ginsburg, A., Lederer, E. — Blochim. Biophys. Acta, 1952, T. 9, 328 — 329.
- 5) Asselaneau, J. — Blochim. Biophys. Acta, 1953, T. 10, 452 — 461
- 6) Mac Wandivier, H. ve arkad. — Amer. Med. Sci. 1956, T. 232, P. 30 — 37.
- 7) Tison, F. — Ann. I. P., 1956, T. 90, P. 507 — 509.
- 8) Tison, F. — Ann. I. P., 1956, T. 90, P. 668 — 671.
- 9) Herz, F. — Rev. Ecuator Hig., 1956, T. 13, P. 105 — 108.
- 10) Kölbel, H. — Jahresb. Tuberkl. Forsch. Inst. Borstel, 1954, T. 3.
- 11) Meissner, G. — Jahresb. Tuberkl. Forsch. Inst. Borstel, 1954, T. 3.
- 12) Takeshita, H. — Takkaku, 1956, T. 31, P. 58.
- 13) Hyikena — Antonie, V., Leuwenhoek, 1955, T. 21, P. 289 — 302.

- 14) Rist, N. ve arkad. — Rev. Tubercul, 1955, T. 19, P. 659 — 679.
- 15) Kienholz, M. — Tuberkuloze arzt, 1957, T. H, P. 75 — 81.
- 16) Bernard, E. ve arkad. — Rev. Tub, 1956, T. 19, P. 1113 — 1144.
- 17) Libermann, C. — Ann. i. P., 1958, T. 94, P. 310 — 331.
- 18) Pollak, A., Buhler, V., B. — Am. J. Path. 1951, 27, 753.
- 19) Runyon, E. — Reunion Nat ionale Tub. Assoc. Kansan city, 1957.
- 20) Onur, N. — Pratik Doktor, 1950, No: 11.
- 21) Seibert, W. — Am. Rev. Tub, 1956, T. 73, P. 547 — 562.
- 22) Rhins, M. — Am. Rev. Tub. 1956, T. 74, P. 229 — 238.
- 23) Berdel, W. — Acta Tub. Scand. 1956, T. 32, P. 280 — 302.
- 24) Czezowska. — Pol. Tyg. Lek. 1956, T. II, P. 679 — 681.
- 25) Chara. — Jap. J. Tub. 1955, T. 3, P. 101 — 115.
- 26) Rabe, E. F., Spicer Jr., W. S. — J. lab. Clin. med. 1953, T. 41, P. 98 — 107

—oOo—

VEREMLİ BAKILAN MÜESSESE PERSONELİNDE TÜBERKÜLOZ ARAŞTIRMASI

Dr. Ragıp ÜNER [*]

Dr. Cengiz ÖZEK [**]

MEVZU VE MAKSAT

Tebliğimizin mevzuu Veremli bakılan müessese personeline Tüberküloz araştırmasıdır. Bu mevzuda ilk çalışmamızı 1955 Şubatında Ankara'da toplanan II inci Türk Tüberküloz Kongresinde, ikinci çalışmamızı da 1957 Şubatında İstanbul'da toplanan III üncü Türk Tüberküloz Kongresinde muhterem hey'etinize arz etmiştik.

Bu araştırmamız evvelkilerin devamını teşkil etmektedir. Bundan sonrada her iki senede bir toplanacak olan Türk Tüberküloz Kongrelerinin

[*] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kl. Doçenti

[**] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kl. Asistanı

de bu mevzu üzerindeki çalışmalarımızın devamlarını muhterem hey'etinize arz etmeye çalışacağız.

Çalışmalarımızda üzerinde durmak istediğimiz süperenfeksiyonun kâhîl tipi tüberkülozun teessüsündeki oynadığı roldür.

ARAŞTIRMALARIMIZ :

Araştırmalarımızı Ankara Hastanesi Verem Pavyonu) ve Ankara Veremle Savaş Derneği tesislerinde (A.V.S.D. Hastanesi, 1, 2, 3, 4, 5, 6 No. lu dispanserler) çalışan ve çalışmış olan 253 kişinin dosyalarını tetkik etmek suretiyle yaptık.

Daha evvelki tebliğlerimizde de arzetmiş olduğumuz gibi bu müesseselerde çalışmak isteyenlere önce tüberkülin testi yapılır (PPD ve DM) ve 30X40 eb'adında akciğer filmi çekilir. Tüberkülin müsbet ve akciğer filmi normal olanlarla, hafif işlerde çalışmalarında mahzur bulunmayan tüberküloz geçirmişler müesseseye alınır.

Tesislerimize kabul edilen her şahsa bir sağlık dosyası açılır ve sistematik olarak her 6 ayda bir büyük flim çekilerek akciğerleri kontrol edilir. En ufak bir rahatsızlık karşısında derhal radyolojik kontrolleri tekrar edilir.

Müracaat edenler arasından tüberkülin menfi olanlara (PPD ve DM ile) BCG yapılır, iki ay sonunda tüberkülin virajı teessüs ettikten sonra tesislerimizde çalıştırılmak üzere kabul olunurlar. Tüberkülinleri menfi olarak devam edenler hiç bir şekilde tesislerimizde çalıştırılmazlar.

BULGULARIMIZ :

Tekkik ettiğimiz 253 kişiden 63 ü doktor, 104 ü hemşire, hastabakıcı, servisler hademesi, 30 u laborant, 33 ü büroda çalışan, 3 ü teknisyen, 1 i krasuvar temizleyicisi, 10 u mutfakta çalışan, 9 u orta hizmeti görenlerdi.

TABLO : 1

	Ankara V. Ş. D. Tesislerinde				Ankara Tıp Fak. Göğ. Hst. Kliniği (Verem Pavyonu)				Y e k l e m
	3 ay çalışanlar	6 ay çalışanlar	1 sene çalışanlar	2 seneden fazla çalışanlar	3 ay çalışanlar	6 ay çalışanlar	1 sene çalışanlar	2 seneden fazla çalışanlar	
Doktorlar	3	3	10	20	4	7	6	10	63
Hasta ile direkt temasta olanlar (Hemşire, hastabakıcı, hademe)	2	15	17	22	1	2	37	8	104
Laboratuvarında çalışanlar	3	5	2	12	—	—	4	4	30
Büroda çalışanlar	2	3	4	11	1	3	5	4	33
Teknisyenler	—	—	—	2	—	—	—	1	3
Mutfakta çalışanlar	1	—	1	3	—	—	2	3	10
Kraşuvar temizleyicisi	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Orta hizmeti görenler	1	—	2	3	—	—	1	2	9
Dernek Hastanesi ve Verem Pavyonu Yekûnu	12	26	36	74	6	12	55	32	253

Tablo. 1 de görüldüğü gibi bu 253 kişinin 18 i 3 ay, 38 i 6 ay, 91 i 1 sene, 106 sı 2 seneden fazla bir zaman müesseselerimizde çalışmış veya çalışmakta idiler.

Bu personelden 19 kişi hastalığı malûm olarak alınmıştır. Hastalığı malûm olarak alınanlardan 2 kişide çalıştığı müddet zarfında radyolojik olarak aktivasyon tesbit edilmiş, bu hal onların çalışmalarına mani olmamış, ayaktan tedavi ile stasyoner duruma getirilmişlerdir.

Ayrıca Bakteriyoloji laboratuvarında çalışan laborantlardan birinde 6 ayda bir yapılan periyodik röntgen kontrolünde enfiltasyon tesbit edilmiş, kliniğe yatırılmış, müteaddit muayenelerde balgamında basil tesbit edilememiş, antitüberküloz tedaviye tabi tutularak 3 ay sonunda işine dönmüştür.

Bundan başka Spontan Pnx., Ampiyem, Bronşektazi, Atelektazi ile 1950 senesinde hastalanan ve 1953 senesinde arşiv memuru olarak kliniğe alınan bir kişide 1957 senesinde müessesemizden istifa ettikten 3 ay sonra hemoptizi olmuş, kliniğe yatırılmış, balgamında basil müsbet bulunmuştur.

A) HASTALIĞI MALÛM OLARAK ALINANLAR :

- 1) Arşiv Memuru (Spontan Pnx. lı, ampiyem, bronşektazi, atelektazi ile 1950 senesinde hastalanmış, 1953 te arşiv memuru olarak kliniğe alınmış, 1957 senesinde istifa ettikten 3 ay sonra hemoptizi olmuş ve kliniğe yatırılmış, balgamında basil müsbet bulunmuştur.)
- 2) Arşiv Memuru (Arşiv memuru olarak 1952 de alınmış, 1957 de istifa etmiştir.)
- 3) Arşiv Memuru (İki taraflı Pnx. lı olarak 1948 de iç hastalıkları polikliniğine alınmıştır. Hâlen dispanserde arşiv memuru olarak çalışmaktadır.)
- 4) Arşiv Memuru (1953 te iki taraflı fibröz akciğer tüberkülozu teşhisi ile tedavi olmuş, arada menenjizm belirtisi göstermiştir. Arşiv memuru olarak dispanserde çalışmaktadır.)
- 5) Arşiv memuru (1953 te atelektazi tesbit edilmiş, torakotomi yapılmış, natürü tayin edilememiş, 1955 te Göğüs Hastalıkları Kliniğine hademe olarak alınmış, sonra arşiv memuru olarak çalıştırılmıştır. 1957 senesinde askere gitmek için klinikten ayrılmıştır.)
- 6) Arşiv Memuru (1953 te hastalanmış, torakoplasti yapılmış, 1955 te Dernek Hastahanesine alınmıştır. 1956 senesinden beri Postahane de memur olarak çalışmaktadır.)
- 7) Laborant (1949 da kavite tesbit edilmiş, P.P. almış. 1955 te kliniğe hademe olarak alınmıştır. Hâlen Bakteriyoloji laboratuvarında çalışmaktadır.)
- 8) Laborant (Kaviteli akciğer tüberkülozuna musab olarak tedavi görmüş, 1955 te kliniğe alınmıştır. Hâlen Dispanserde çalışmaktadır.)
- 9) Laborant (İki taraflı Pnx. lı olarak 1950 de iç hastalıkları polikliniğine alınmış, bilâhare bakteriyoloji laboratuvarında laborant olarak çalışmıştır. 1956 dan beri askerdir.)

- 10) Doktor (Kliniğe asistanlık için müracaat ettiği zaman sağ zirvede pakiplörit ve fibröz tüberküloz tesbit edilmiştir. Halen mütehassıs olarak serbest çalışmaktadır.)
- 11) Hemşire (1948 de fibröz akciğer tüberkülozlu olarak iç hastalıkları polikliniğine alınmıştır. 1956 da evlenerek vazifesinden ayrılmıştır.)
- 12) Hademe (Kaviteli akciğer tüberkülozu geçirmiş, P.P. almış. Klinikte çalıştığı sırada tekrar hastalanmış. Halen otobüs şirketinde memurdur).
- 13) Hademe (Kliniğe alınırken yapılan kontrolde her iki zirvede fibröz akciğer tüberkülozu tesbit edilmiştir. Halen Göğüs Hastalıkları Kliniğinde çalışmaktadır.)
- 14) Karantina Memuru (Pnx. h olarak alınmıştır. Halen serbest meslek sahibidir).
- 15) Hasta bakıcı (1955 te enfiltrasyon geçirmiş, 1956 da kliniğe alınmıştır).
- 16) Doktor (1948 de fibröz akciğer tüberkülozu, 1957 de kaviteli akciğer tüberkülozu teşhisi ile kliniğimizde yatmış, 1958 de asistan olarak alınmıştır).
- 17) Laborant (1955 te hastalanmış, ayaktan dispanser tedavisi görmüş, 1956 da dispansere bakteriyoloji laboratuvarına alınmıştır).

B) HASTANEDE ÇALIŞTIĞI ESNADA AKTİVASYON GÖSTERENLER :

- 18) Hemşire (1946 da aktivasyon tesbit edilmiş fakat vazifesini ifa etmemiştir).
- 19) Laborant (1950 de radyolojik imajda artma tesbit edilmiştir. Halen dispanserde çalışmaktadır).
- 20) Laborant (1954 te kliniğe alınmış, 1956 da dispanser taramasında hastalığı meydana çıkmış, yatarak tedavi görmüştür. Halen Dernek Hastanesi Bakteriyoloji laboratuvarında çalışmaktadır.)

Veremli bakılan müesseselerde çalışan personelin durumu ve tüberküloza musabiyet derecesi bir çok müellifleri ilgilendirmiş ve bu mevzu da gerek memleketimiz ve gerekse hariç memleketlerde bir takım travaylar yapılmışsa da bu husustaki araştırmalar daha ziyade hemşireler ve hemşire talebeler üzerinde olmuştur.

Memleketimizde bu hususta yapılan çalışmalardan biri Prof. N. KARASU'nun 1943 senesinde askeri hemşire okulu talebelerinde yaptıkları tetkiktir. Bu tetkik sonunda «Tüberkülin reaksiyonu her sene tatbik edildiği halde menfi reaksiyon vermekte ısrar eden ve akciğerlerinde geçirilmiş adenit veya çeşitli rie ve plevra mihrakı gösteren vak'alar tüberkülozlu muhitte en çok direnç gösteren ve en az hasta olan vak'alardır. Şayet buna istinat ederek verem servislerinde, sanatoryumlarda, dispanser ve polikliniklerde çalışan personelin seçimi yapılmış olsa bu personelden azami istifade ve sağlıkları için de azami garanti elde edilmiş olacaktır. Bu personeli tesbit için okul hayatı devresinde her sene tüberkülin testimleri ve seri grafi yapılmalı ve müsbet reaksiyon verenlerin kontrol edilmesi, menfi reaksiyon verenlerden evvelce enfeksiyon almamış bulunanlara BCG tatbiki, evvelce enfeksiyon aldığı anlaşılanlar bu menfi reaksiyonu muhafaza ettikleri tebeyyün ederse ileride tüberküloz servisleri için hekim, hemşire ve personel olarak ayrılmalari muvafık bir tedbir addedilebilir» kanaatine varmışlardır.

Dr. Reşat ENGEZ, Dr. Harun KORAY'ın Heybeliada Sanatoryumunda 1954 senesi başlangıcından 1956 onuncu ayına kadar çalışan 37 si doktor, 26 si hemşire, 72 si hemşire yardımcısı, 310 u hastalarla yakından teması olan hademeler, garson, laborant ve berberler gibi servis personeli, 110 kişi de eczacı, memur, terzi, orta hizmeti gören ve kaloriferci gibi hastalarla yakın teması olmayan personel olmak üzere cem'an 555 kişi üzerindeki tetkiklerini neşretmişlerdir.

Bu tetkiklerine nazaran sanatoryumda çalışan personel arasında umumi tüberküloz musabiyeti % 2.4 tür. Kadın personel erkeklerden daha fazla hastalığa yakalanmaktadır. 20 yaşından az ve 20-30 yaş arasında ve hastalarla teması çok olan personelde bilhassa 6 ay ilâ 1 sene içinde musabiyet çok olmaktadır. Hastalarla teması çok olanlar, hastalarla teması az olanlardan 3 defa daha fazla tüberküloza musab olmaktadır. Hastalarla teması çok olmasa dahi uzun zaman sanatoryum muhitinde çalışan personelde de tüberküloz musabiyeti ihtimali artmaktadır.

Dr. E. ÇINTAN'ın Erenköy Hemşire Okulunda tüberkülin testleri, ECG aşısı tatbikatı ve verem musabiyeti bakımından yaptıkları tetkiklere nazaran, mektebe girişte tüberkülin reaksiyonu müsbet olan 114 talebe arasından gerek talebelikleri esnasında, gerekse mezun olduktan sonra ki devrelerde 22 sinin (% 19.3) tüberküloz hastalığına musab olduğunu ve bunların 4 ünün (% 18.1) basille mütefarık olduğunu, geri kalanların basil çıkarmadıklarını fakat akciğerlerinde tüberküloz lezyonu bulunduğunu, istirahat veya antitüberküloz tedavi ile lezyonların sikatriyel bir durum aldıklarını ve reaktifte olmadığını bildirmektedirler.

Mektebe müracaat ettikleri zaman tüberkülin reaksiyonları menfi olanların hasta ile temas halinde bulunmadıkları ilk 3 aylık devrede BCG yapıp bu testleri menfi olanların veremli ile teması olmayacak şekilde çalıştırıldıkları bildirilmektedir.

BCG yapılanlardan 5 kişi (% 50) hastalanmış, bunlardan 1 inde (% 10) akciğerinde enfiltrasyon tesbit edilmiş, diğerlerinde erythema nodosum veya plörezi görülmüştür.

Rocher C, Seguin H. 1942 — 1948 seneleri arasında sanatoryumda en az iki sene çalışmış olan ve birinci gurubu 151 eski tüberkülozlu, ikinci gurubu sanatoryumda çalışmaya başladığı sırada allerjisi mevcut olup tüberkülozu olmayan 170 kişilik iki gurup personel üzerinde incelemeler yapmışlardır. Bu çalışmada mühim rezidüel lezyonları bulunan eski tüberkülozlular, veyahut tam manası ile şifa bulmamış olanlar tetkik harici bırakılmışlardır. Bütün personel, çasılmaları bakımından tüberküloz-lularla sık veya nadir temas etmelerine göre iki guruba ayrılmıştır. Eski tüberkülozlu müstahdemler arasında 17 yeni tüberküloz vak'ası görülmüştür ki bu nisbet % 11.25 tir. Bu 17 tüberküloz vak'asına ait radyolojik tezahürleri müellifler 3 guruba ayırmaktadırlar.

1 — Birinci gurupta; eski lezyonlardan yeniden husule gelen lezyonlar ki bunları, latent fakat steril olmayan eski lezyonların evolutif bir seyir göstermesi ile olan bir nüks olarak kabul etmektedirler

2 — İkinci gurupta; salim parankimada husule gelen yeni mihraklar ki bunları eksojen reenfeksiyon neticesi olarak kabul etmektedirler.

3 — Üçüncü gurupta; eski lezyonlara yakın olan veyahut sağlam olduğu iyice tesbit edilemeyen parankima muntakalarında görülenler. Bunların hakkında kat'i bir şey söylememektedirler.

Evvelce tüberkülozu olmayan ve allerjisi mevcut sağlam personel arasında ise 7 tüberküloz vak'ası görülmüş olup nisbet (% 4.52) dir. Bu vak'alar sirayete çok fazla maruz kalan şahıslardır.

Müellifler bu istatistik neticelerine göre şu kanaate varmaktadırlar:

Eski fiziklerde endojen nüks, fazla sirayete maruz şahıslarda daha az, sirayete maruz kalanlardan daha fazla değildir, salim parankimada husule gelen nükslerde ise vaziyet aksi olup, sirayet tehlikesi fazla olduğu nisbette bu gibi residivler fazla görülmektedir. Bu kabil nükslerin derecesi eski tüberkülozlularla evvelce tüberküloz geçirmiyen şahıslarda aynıdır.

Geçen defaki tebliğimizde arzettiğimiz bazı müelliflerin çalışmalarını burada kısaca tekrar gözden geçirecek olursak, Amberson ve Riggins'in 1936 da Bellevue hastanesinde talebe hemşireler üzerinde yaptıkları tetkiklerde tüberküloza musabiyet derecesini % 1.6 nisbetinde bulmuşlar ve bu nisbetin New-York şehrinde aynı yaş guruplarındaki kadınlardan daha üstün olmadığını bildirmişlerdir. Spink, Badger 1937 de Boston Hastanesinde 273 hemşirede tüberküloz musabiyetini % 1.8; Forsee ve Pollock 1953 te Fitzsimmons Hastanesi tüberküloz servisinde 10 sene müddetle çalışan 518 hemşirede % 0.8 nisbetinde görmüşlerdir. Dr. Ward Allan 1934 - 1941 yılları arasında Hopkins Hastanesinde çalışan 293 hemşireden 6 sında tüberküloz tesbit etmişlerdir. Freund, Muschenheim, Hahn 1941 de New - York Hastanesinde çalışan 269 talebeye ait raporlarında 7 senelik bir tetkike tabi tutulan bu hemşire gurubundan ancak bir tanesinde röntgenolojik olarak tüberküloz tesbit edildiğini bildirmişlerdir. Müellifler bu neticeyi Metropiten Hayat Sigortasında çalışan 2400 kadımla mukayese ettikleri zaman Metropiten gurubunda çalışanlardaki nisbetin de % 1.4 olduğunu bildirmektedirler. Monitaba Sanatoryumunda 12 si aktif tüberküloza duçar olmuş, Kral V. inci George Sanatoryumunda 2009 kişilik personel arasında % 7 aktif tüberküloz tesbit edilmiş Jent Cheshire Sanatoryumunda 48 personelden 10 unda, Valhalla da 7901 personelden 68 inde tüberküloz musabiyeti tesbit edilmiştir.

NOTICE :

Yukarıda izah ettiğimiz veçhile bu mevzu üzerinde gerek memleketimizde gerekse hariç memleketlerde yapılan çalışmaların sonunda iki ayrı fikir ortaya çıkmaktadır. Bir kısım müellifler Veremli bakılan müesseselerde personeline Verem musabiyetinin sair muhitlerde çalışanlardan fazla olduğunu bildirmekte, diğer bir kısım müellifler ise Veremli bakılan muhitlerde çalışanlardaki verem musabiyetinin diğer muhitlerdekilere pek farklı olmadığını bildirmektedirler ki bu son gurup ekseriyeti teşkil etmektedir.

Biz çalışmalarımızın sonunda ki bulgularımıza göre son guruptaki müelliflerin kanaatlerine iştirak etmekte ve evvelki iki tebliğimizde de arzettiğimiz gibi «Tüberkülin pozitif ve radyolojik kontrolde sağlam bulunan şahısların veremli bakılan müesseselerde çalışmalarının enfeksiyon bakımından mahzurlu olmadığı, tedavileri yoluna girmiş veremlilere de kontrol altında olmak ve hafif işlerde çalıştırılmak şartı ile bu müesseselerde iş verilebileceği kanaatini taşımaktayız.

Diğer veremli bakılan müesseselerde çalışan arkadaşların da bu tetkikleri yapmalarını rica ederiz. Bu suretle çalışmaların büyük bir yekûn üzerinde yapılmasından dolayı elde edilecek netice daha kıymetli olacaktır.

LİTERATÜR

- 1 — N. KARASU, Tüberkülozlu Bakılan Servislerde Vereme Direnc Gösteren Personelin İntihabı Meselesi. A.Ü.T.F. Mecmuası, Cilt. 111., Sayı. 1 — 2., 1949, 55.
- 2 — R. ENGEZ, H. KORAY, Heybeliada Sanatoryumu Personelinde Tüberküloz Musabiyeti. 111. Türk Tüberküloz Kongresi Kitabı, 1957, 425.
- 3 — B. ÇINTAN, Erenköy Hemşire Okulu Talebeleri Arasında Yapılan Tüberkülin Testleri, BCG aşısı Tatbikatı ve Verem Musabiyeti. 111. Türk Tüberküloz Kongresi Kitabı, 1957, 472.
- 4 — N. KARASU, R. ÜNER, Veremli Bakılan Müessese Personelinde Tüberküloz Araştırması. 11. Türk Tüberküloz Kongresi Kitabı, 1955, S. 105.
- 5 — N. KARASU, R. ÜNER, Veremli Bakılan Müessese Personelinde Tüberküloz Araştırması, 111 Türk Tüberküloz Kongresi Kitabı, 1957, S. 466.
- 6 — ROCHER, G., SEGUIN H., Eski Tüberkülozlularda Ekzojen Reinfeksiyon Meselesi - Sanatoryum Personeli Arasında Eski Tüberkülozlularda ve Sağlam şahıslarda Tüberküloz Morbiditesinin Mukayesesi. Rev. de la Tub No 6, 432, 1952.
- 7 — Hahn E. G. Muschenheim, C. and Freund, Pulmonary Tuberculosis in medical Students and neurses. Ame. Rev. Tub, 1941, 43. 601.
- 8 — Amberson, J. B. and Riggins, H. M; Tuberculosis among Student nurses. A five years study at Bellevue Hospital, Ann. Int. Med, 1936, 10. 1956.
- 9 — Lees. H. D. Tuberculosis in medical Students and nurses. J.A.M.A. 1951. 147, 1754.
- 10 — Henry Young, Three phases of a Tuberculosis control program for Student Nurses, Ame. Rev. of Tubercu. Vol., 73., 1956, No. 6. S 363
- 11 — Shoor, M. N. Tuberculin testing in Student nurses, Ame. Rev. of. tub. 1947, 55, 177.
- 12 — N. Stanley, Tüberküloz Hastanelerinde Çalışanlar Arasındaki Tüberküloz, Ame. Rev. of. Tub, V. 66. No. IPP, 16. 1952.
- 13 — Ayvazian, Hemşirelerde Tüberküloz, Ame. Rev. of Tub. 1949. 681.
- 14 — William G. Childress, Tüberküloz Hastane ve Sanatoryumlarında çalışan şahıslarda Tüberküloz. J. A. M. A. 1951. J. 28. Vol. 146, No. 13
- 15 — Rich, R. Arnold, The Pathogenesis of Tuberculosis. 1951. 710.

—oOo—

Kapanış Celsesi

ONSEKİZİNCİ CELSE

KAPANIŞ

Celse Başkanları : Dr. Nusret KARASU — Dr. Necdet MENEMENLİ.

Celse Kâtipleri : Halit TİFTİKOĞLU — Aysel TOKER.

V nci Türk Tüberküloz kongresinin yeri ve tarihi ile konularının tesbiti hususunda söz vermeden evvel şu noktayı da arz etmek isterim. Hâlen kongre azamızın 1/3 ü buradadır ekseriyetimiz mevcut değildir bu sebeple kararlarımızın ekseriyet kararı olamayacağı aşikârdır haddi zatına bu kongreler Türk Tüberküloz cemiyetine ait olup Ulusal Verem Savaşı Derneğince finanse etmektedir. Kanaatına göre görüşmelerimizin ilham altında kararları imkânlara göre yine bu cemiyetler vermelidir. Tatbiki kolay olmayacak bazı kararlar almanın sonradan doğuracağı müşkülâtı bu şekilde önleyebiliriz.

Müteakiben bu mevzuda görüşmelere başlamıştır. Dr. İsmail Hakkı Aladağ (Konya) Dr. Orhan Öger (İzmir) Dr. Ruhi Soyer (İstanbul) da yapılmasını Dr. Necdet Menemenli İstanbul veya İzmirde bir gemide yapılmasını teklif ettiler. Dr. Cahit Başkök İzmirli Dr. Abit Köymen Dr. Necdet Menemenlinin teklifini desteklediler Dr. İhsan Rifat Sabar. Burada karar vermeğe taraftar olmadığını belirtti.

Müteakiben Dr. Celâl Ertuğ, Dr. Tevfik İsmail Gökçe, Dr. İhsan Rifat Sabar, Dr. Tevfik Sağlam ve Dr. Rauf Saygun söz aldılar verilen kifayeti müzakere teklifi ittifakla kabul edildi. Daha evvel söz alan Dr. İsmail Hakkı Aladağ Konya, Dr. Ragıp Üner İzmirde yapılması hakkında mahalli teşekküllerle görüştüktan sonra heyeti umumiye arz ettiklerini belirttiler oya konuldu.

İzmir	55
Konya	22
İstanbul	15 oy aldı

Kongre tarihi hususunda Dr. Asım Sözman Dr. Aladağ, Dr. Soyer, Dr. Necdet Menemenli, Dr. Tevfik İsmail Gökçe, Dr. Abit Köymen ve Dr. Bahattin Çetin söz aldılar, bu hususun konularla birlikte cemiyetlerce tayin edilmesi karar altına alındı.

Dilekler faslında : 1 — Fitiziyologların tercihan Tüberküloz müesseselerine seçilmeleri teklif edildi.

Abit Köymen : Şubenin cazip hale getirilmesinin teklife ilâvesini istedi mevzuun Sıhhat ve İctimaî Muavenet Vekâletine kongre kararı olarak arzı ittifakla kabul edildi.

II — Ruhi Soyer ev tedavisinin kıymetlendirilmesi için bol ve ucuz Antibakteriyel teminini karar altına alınmasını teklif etti.

İttifakla Vekâlete arzı karar altına alındı.

III — Dr. Niyazi Erzî : Müstakbel kongrelerde 1 — Daha kıymetli mesainin kongre gündemlerine alınmasını 2 — Panel toplantılarında daha fazla zaman bırakılarak panel azasının ve heyeti umumiyesinin münakaşalara geniş miyasta katılmasının sağlanmasını 3 — Tekâmül kurslarının memleketin muhtelif yerlerinde açılmasını temenni etti.

Nusret Karasu : Dördüncü Türk Tüberküloz Kongresi İdare Kurulu adına raportörlerin raporlarının seçilmesi ve panellerin teşekkülü hakkında evvelce Cemiyetlerden bir karar almadıklarını ve bu kongrede tatbik edilme şeklinin idare kurulu kanaatine uygun olduğunu belirtti.

Mehmet Ali Akdemir : Panellerde mühim meseleler mevcut olduğunu ve münakaşasız kaldığını.

Tevfik Sağlam : Mümkün olursa gelecek kongrenin tamamen Panel olmasını.

Tevfik İsmail Panel azasının mütalâalarının daha evvel bastırılarak azaya verilmesini her müesseseye ilâ nihaye tebliğ hakkı tanınmamasını istedi. Bu görüşmelerin ilham altına kararla cemiyetlerce alınması ittifakla kabul edildi.

Başkan : Sayın Dr. Necdet Menemenli tarafından tertip edilen müsabaka büyük bir alâka toplamış ve 10 filminden 6 sına doğru teşhis koymak suretiyle arkadaşımız Heybeliada Sanatoryumunda Dr. Nihat Dincer birinciliği kazanmıştır. Şimdi Dr. Necdet Menemenli arkadaşımız teşhislerin doğrularını okuyacaktır. Necdet Menemenli doğru teşhisleri okudu.

Başkan : Dr. Nihat Dincer arkadaşımızdan lütfen hediyesini almak üzere teşekkürlerini rica ederim ve kendisini tebrik ederim.

Başkan Hediye Dr. Nihat Dincer'e verdi ve elini sıktı. Dr. Nihat Dincer teşekkür etti.

Başkan : Şahsen her hangi bir bilmeceyi çözmemiş olmakla beraber yedikule Rehabilitasyon tesislerinden Hatice Ökmen imzası ile bir kart ve bir çiçek buketi hediye aldım okuyorum : (Okundu) Sayın Kongre Başkanlığına, Yedikule Göğüs Hastalıkları Rehabilitasyon öğrencileri namına en derin hürmetlerimin kabulünü rica ederim, (Hatice Ökmen Rehabilitasyon merkezi öğretmeni) bunlardan bir tek çiçeği müsaadenizle göğsüme takıyorum diğeri Klinikteki masamda kalacaktır kendilerine hatırlanışlarından dolayı çok teşekkür ederim. Şimdi Sayın Hocamız Ordinaryüs Profesör Dr. Tevfik Sağlamı kapamış konuşması yapmak üzere kürsiye dâvet ediyorum.

Dr. Tevfik Sağlam : Konuşmasını yaptı alkışlandı. (Bu konuşma elimizde mevcut değildir.

Dr. Nusret Karasu : Dört gündenberi başarı ile devam eden kongremiz bitmiştir. IV ncü Türk Tüberküloz kongresini hepinizi hürmetle selâmlayarak kapıyorum. Alkışlar.

—oOo—