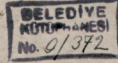


0/372

TÜRK ELEKTORADYOLOJİ MECMUASI



Cilt 1 — Sayı 1 — İkinciteşrin 1936

Fiatatı : Bir tanesi 50 kuruş, seneliği 2 lira.

Adres : Cağaloğlu Halk Fırkası karşısında Zeki Bey apartman birinci kat No. 2

Röntgen mütahassısı **Kâzım Nuri İçören**

Telefon : 20677

İSTANBUL

1936

"KADER" BASIMEVİ

Mecmuanın çıkma şekli ve zamanı

Senede dört defa çıkar. İkciteşrin, Şubat, Mayıs, Ağustos aylarında. Her nüshada şu mevzulara aid yazılar bulunur.

Orijinal yazılar, tercemeler, müşahedeler, paramedikal bir yazı (muayyen çerçeve dahilinde) radyolojik tabirlerin tefsiri ve delâletleri, röntgen fiziki, dünya elektroradyolojisine ait faydalı notlar ve tahliller, Türk radyolojisinin tarihçesi, Türk elektroradyolojisine yardımı olan röntgençilerin hal tercemeleri.

Mecmuaya yazı gönderecek meslek arkadaşlarından aşağıdaki şartları yerine getirmeleri rica olunur.

Yazı evvelce neşredilmiş olmamalı (Türk radyolojisinin değerini artıran orijinal bir yazı başka bir yerden aynen alınarak neşr olunabilir) daktilo ile kâğıdın bir tarafına yazılmalı, resimler vazih olmalı.

Müşahedeler âzami 3 sahifeyi geçmemeli, tercüme ve iktibaslarda alındığı yer gösterilmelidir neşr edilmeyen yazılan iade edilmediği gibi sebebe gösterilmez.

Yazı ve yazı işleri için yazı işleri direktörlüğüne müracaat olunur.

Özür dileme :

Bazı mühim idarî sebepler tesirile bu defaki çıkış umumî ve takarrur eden plana uygun olmamıştır. Öteki çıkışlar her defasında umumî plân dahilinde çıkacaktır. Özür dileriz.

Yazı işleri müdürü

Tahrir müdürü : Röntgen mütehassısı Dr. KÂZİM NURİ İÇÖREN
İmtiyaz sahibi : Dr. RAĞİP KÂŞIF KICIMAN

TÜRK ELEKTROKADYOLOJİ MECMUASI

İÇİNDEKİLER

İlk söz, Niçin çıkıyoruz	
Türk Elektrokadyoloji Sosyetesii 1935 36 senesi toplantı- larının zabıt hülasaları	s

Orijinal yazılar :

Müzmün apandisitlin Röntgenle tedkikinde kendi teknik ve usulüm	Kâzım Nuri İçğören
Radyolojik mesahada basit bir usul	İsmet

Tercümelere :

Comberg usulile gözde cismi ecebii lokalizasyonu	Kâzım Nuri İçğören
Guddei nuhamiye tümörlerinin radyoterapisi	İsmet

Radyopatoloji hakkında klasik malûmat :

Kilîşede ve Radyoskopii ekranında görülen zılların tefsiri	Kâzım Nuri İçğören
ve delaletleri	Kâzım Nuri İçğören
Türk Radyolojisinin tarihçesi hakkında birkaç söz	Kâzım Nuri İçğören
Yurtta elektrokadyolojik hareketler	

TÜRK ELEKTORADYOLOJİ

MECMUASI

lik söz

Niçin çıkıyoruz

Kısaca söyleyelim ki tanınmak ve tanıtmak için... evet Türk radyolojisinin bu günkü vaziyetini tanıtmak ve inkişafına yardım etmek için.. çekinmeden söylemeliyiz ki Türk hekiminin hoş gitmeyen bir ciheti vardır. Kendini tanınamamak Filhakika Türk hekimi kendi öz dilile yazılan kitaplara ve mecmualara az kıymet verir bir çoklarımız tıbbi mecmualarımızı açmak zahmetini bile esirgeriz ilmî toplantıları ihmal, hatta biraz da istihfaf ederiz. Bazı kitaplarımız vardır ki Avrupadakiler kadar dolgun, özlü ve istifadelidir. Fakat tetkik etmeden karar vermişizdir. Müteaddit mecmualarımız çıkar bunlarda az çok kendi fikir ve mesai damgamızı taşıyan yazılar ve etüdlere vardır. Fakat okumayız. Bu itibarla da kendi hekimliğimizin hali hazırını bilemeyiz. Hatta birbirimiz hakkındaki intibalarımız biraz da şağialardan edinilmiş kanaatlardır. Bir çok defalar mecburi temaslardan sonra yakından tanışan arkadaşların yekdiğerinin ilmî, mesleki kudreti hakkında evvelce taşıdıkları kanaatın çok yanlış olduğunu mahcubeyet ve iftiharla andıklarına şahit oluyoruz. İşte bu yanlış telâkki ileidir ki Türk hekimlik camiası Türk radyolojisinin hali hazırını az tanıyor. Bunda biraz da mazurdur çünkü biz radyoloğlar bu güne kadar kendimizi tanıtmaya teşebbüs etmedik mesaimizi küçük de olsa göstermedik. Bu kayıtsızlığımızın aksülamelini görüyoruz. Bazı meslekdaşlarımızdan işittiğimiz şeyler bizi hayrete düşürecek kadar garipdir.

İşte misaller.. bizde sukbei basariye grafisi yapılamıyor, Relief muayeneler yoktur. Filan hastalığın radyoterapisi yapılamıyor... ve ilâve ediyorlar Avrupada neler yapılıyor... halbuki sayılan bu şeyler bizde pek alâ yapılmaktadır. Bu yanlış telâkki yalnız Röntgeniciler için değil hekimlik camiamız için zararlıdır. Çünkü haksız olarak kendimizi fena propaganda ediyoruz. Bilgi ve kabiliyet bir kuvvet olduğuna göre mevcut kudreti körlemek değil parlatmak lâzımdır. İşte biz bu yanlış telâkkii kaldırmak istiyoruz. Esaslı gayelerimizden birisi de Türk radyolojisine ictimai sıhhat sahasında düşen vazifeyi yapmaktır. İctimai sıhhat sahasındaki vazifelerimizin neden ibaret olduğunu bizi okuyanlar müteakip sayularımızdan anlayacaklardır. Yalnız Röntgenci arkadaşlarımıza değil diğer meslekdaşlara da elimizden geldiği kadar faydalı olmağa çalışacağız. Bu itibarla her nüshada faydalı tercümeleler, bir bahse ait her hekimi alâkadar eden kısa hulâsalar, klişe ve radyoskopi ekranında görülen zılların tefsiri ve delâletleri radyolojik tabirlerin istimal mahalleri ve delâletleri başlığı altında her cihaz ve uzva ait kısa tefsirler bulunduracağız bunlardan başka her nüshada muhtelif ecnebi mecmualarından alınmış Röntgen teşhis ve tedavisile, elektrik teşhis ve tedavisine zıya tedavisine ait küçük tahliller ve notlar bulunacaktır.

Arzumuz düşünce ve kararlarımızı tatbik etmektir. Her röntgenci arkadaşın ve her meslekdaşın tevaccühü bizim için tükenmez bir azim kaynağı olacaktır.

Türk Elektroradyoloji Sosyetesini 1935 — 36 senesi toplantılarının zabıt hülâsaları.

İlk toplantı Birinciteşrin 935 de yapılmış vazifesi sona eren eski idare heyetinin raporu okunmuş ve hesabâtı tedkik edilerek tasvib edilmiştir. İçtimaların daha canlı olabilmesi için Dr. *Kâzım, Salâhaddin, ve Tarık Temel* aralarında münakaşalar olmuştur.

Bu toplantıyı takib eden diğeri bir toplantıda gösterilen ve tasvib edilen lüzum üzerine nizamnamede bazı değışiklikler yapılmıştır. Bu seneki idare heyeti şu tarzda teşekül etmiştir. Reis Dr. *Ahmed*, genel cekerter *Kâzım Nuri İçğören*.

1935 — 36 senesinde 9 içtimala yapılmış bu içtimalara (61) aza iştirak etmiştir. Bu toplantılarda şu mevzular görölmüş ve münakaşa edilmiştir.

(1) « Derenî akciğeri kehfilerinin erken teşhisi »; tebliğ ve vak'alar :

Dr. Kâzım Nuri İçğören

Birinci derece kehfilerin ancak röntgenle teşhis mümkün olacağı ve kehfilerin gözden kaçmaması için muayyen usullerle tedkik lâzımgeldiği zikir edilerek rie sahalarında ki halkavî zilârin tedkiki bahsında ısrar edilmiş başlangıcından sonuna kadar iki sene takib edilen bir vaka'ya aid seri halindeki radyogramlar gösterilmiştir. Bu enteressan müşahede de kehfın ilk ve gözden kaçabilecek şeklinin muhtelif safhaları vazihan gösterilmiştir.

Münakaşaya Dr. *İsmet, Mahir ve Kâzım Nuri* arasında yapılmıştır.

(2) Dr. *İsmet* kendi yaptığı kimyograf hakkında malûmat vermiş, eski klasik usulde yapılan kalbin statik muayenelerinin aldatıcı sebeblerini izah etmiştir.

Münakaşaya *Ahmed, İsmet, Kazım ve Mahir* arasında olmuştur.

(3) Nadir kemik anomalileri, bronşiyal sarkom vak'ası, sol hicabı haciz tereffüünün nadir bir delâletihakkında vak'a :

Dr. Kâzım Nuri İçğören

Münakaşaya *Salâhaddin* iştirak etmiştir.

(4) Röntgen laboratuvarlarından harice sızan şuaların zararları hakkında etüd :

Konya hastanesi radyoloğu İsmet

Münakaşaya olmamıştır

(5) Ostitis fibrosa vak'alarının rönigenle tefriki teşhisi ve tedavi usullerinin mukayese, röntgen tedavisi şartları... münasebetile 7 vak'a gösterilmiştir.

Kâzım Nuri İçğören

Münakaşaya *Ahmed ve Tarık* iştirak etmişlerdir.

(6) Nisan içtimalı çapadaki radyoloji enstitüsünde yapılmış ve Prof. *Dessauer* tarafından ultraviyole şuanın mitozlara tesiri ve şuai enerjinin hayatî tesirleri hakkında konferans verilmiştir.

(7) Müzmin apandisit vak'alarının röntgenle tedkikinde isnaaşer reflekslerinin değeri hakkında vak'alar ve malûmat (orijinal etüd).

Kâzım Nuri İçğören

(8) Mide karhası arazi veren iki müzmin apandisit vak'ası *Kâzım Nuri İçğören*

1935 — 36 senesinde idare heyeti tarafından âzalara afdak fotoğraflar sicil defteri tanzim edilmiş, ve yine azaların birer fotoğrafı bulunan ufak hal tercemeleri ve adreslerini gösteren bir albüm tanzimi için teşebbüs yapılmış, teşebbüse verilen cevapların arkası henüz tamamlanmamıştır.

Original Yazılar

Müzmın apandisitın Röntgenle tedkikinde kendi teknik ve usulüm (1)

Dr. Kâzım Nuri İcğören

Her müzmın apandisitın ameliyattan evvel radyolojik muayenesi hekimlik muhitine henüz tamamilen girmemiştir. Bir çok praticien hekimler müzmın apandisite sadece seriri muayene ile ameliyat yapmaktadırlar.

26 ıncı cerrahî kongresinde müteaddid şüpheli sendromların tefriki bahsinde radyolojik muayene yardımının gayri kabili inkâr olduğu fikri mutlak bir galebe kazanmıştır.

Bu fikri tervic ettiren amiller sadece müşahedeler değil aynı zamanda hazım cihazı ve müteallikatına ait teşrihi ve fizyolojik teşekkül tarzının hususiyetleridir.

Mevzuun eyi kavranması için mezkûr hususiyetleri kısaca mevzuubahs etmeği lüzumlu buluyorum.

Seriri görüşler (müşahedeler) bize şu neticeyi vermiştir.

Vak'alar olmuştur ki ameliyat yapılmış, müzmın apandisit çıkmamıştır. Yahut ameliyata rağmen hastaların ıztırapları azalmamıştır. Ve yine vak'alar vardır ki hastanın ıztırapları mide, esnaaşer karhası, mide bağırsak nevrozu, kalp nevrozu l diye geçiş-tirilmişdir.

Bu vak'alar senelerce klasik hekimlik yapan praticienlerin ellerinde kalmış karha ve nevrasteni tedavisi görmüştür.

Bu vak'alardan bir kısmı da radyolojik muayeneye tabi tutularak mide karhası aranmış, bir az sonra izah edeceğim teşrihi ve fizyolojik amiller tesirile ve radyoloğun teknisiyen zihniyetile hareket etmesi sebebiyle yanlış yere röntgencide seririyatcının yerinde olmayan teşhisini takviye etmiştir.

Bu müşahedelerden bir kaç tanesini kaydediyorum.

Müşahede 1 : hasta A. N yemekten 3—4 saat sonra midesinde tirmalanma, ağrılık, ve (malaise) husule geliyor, bir şey yerse geçiyor fakat yine tekrarlıyır. İstihası var yiyemiyor, inkıbaz mevcut, müteaddit cerrah, dahiliyeci ve röntgenci görmüş.. mide yarası, bevab stenozu, denilmiş, ameliyat tavsiye edilmiş. Fakat bir dahiliyeci ârazı bevab yarası ve stenozu ile kabili te'lif bulmamış mani olmuş. Bunun üzerine diğer bir röntgenci bakmış isnaaşerde staz bulmuş ve hastalığı bununla izah etmiş halbuki seriri ve radyolojik tam tetkik hastada vazih hastada müzmın ve iyi inzar vermeyen iltisaklı bir apandisit olduğunu vazihan meydana çıkarmış hasta ameliyata sevk edilmiş teşhis teyid etmiştir.

Müşahede 2 : F Hukuk talebesinden hazımsızlıktan, yemeklerden sonra şerşuf nahyesine gelen mühim vecalardan şikâyeti var vecam lokalizasyonu ve intişarını iyi tarif edemiyor. Bulantı daima değil, vazih kriz geçirdiğini hatırlamıyor, periyodisite yok, senede de bir kaç defa kendisini yatırmayacak derecede hafif karın ağrıları, mide bozukluğu oluyor kendisi bunları yemeklere atfediyor, bağırsakları çok gaz yapıyor. Üç sene zarfında müteaddit hekimlere müracaat ediyor, kliniklerde yine röntgene giriyor mide yarası, isnaaşer yarası veya iltisakı deniliyor...

Yapılan metodik muayenede midede iperfonksiyonman, isnaaşerde rükûdet, spazm ve

(1) Bu travay Türk Tıp Cemiyetinde tebliğ edilerek Zambako Paşa mükâfatını kazanmıştır.

retrograd harekât tesbit ediliyor. Dekkaki, aver ve zeyde hastaya ameliyat tavsiye edecek derecede kanaat verici âraz bulunuyor, bilâhare hastayı röntgene sevkeden seririyat da aynı kanaate iştirak ediyor. Ameliyat teşhisi teyid ediyor.

Müşahede 3 : hasta bayan T. B. dört senelik hasta devamlı suihazım mübhem karın ağrıları, mevcut ağrı zamanları gayrı muayyen, yemeklerle alâkası keza muayyen değildir. İştihası yok bulantı bazan mevcut inkıbazı var kriz tarif edemiyor mükerrer muayeneler yapılmış, röntgene girmiş ahsa sukutu var demişler ve şikâyetini buna bağlamışlar alınan tedbirler neticesinde kalmış.

Yapılan transit de midede uzama ve iperfonksiyonman, isnaaşarda uzvi leziyona bağlanamayan spazm, rükûdet ve retrograd harekât dekadide rükûdet ve iltisak zeyde vazih iltisak ve iltihab âlâmi tesbit ediliyor.

Müşahede 4 : bay A. dört beş senedenberi hasta dili daima pash ve acı, iştihası yok, ara sıra gelen ve hiç bir zaman kriz şeklini almayan karın ağrılarından şikâyetçi, gaz fazla, ekşilik ve yemeklerden sonra hnsule gelen mide ağrıları mevcut. Hasta senclerece kutu kutu karbonat ve ilâclar aldığını söylüyor. Apandisit şüphe edilmiş fakat röntgen muayenesi menfi netice vermiş.

Transit neticesinde zeyl iltihabı ve bevab karhası tesbit ediliyor. Her iki tarafından ameliyat yapılıyor. Hasta rahat...

Müşahede 5 : bay Y. mide bozukluğunan, fazla gaz çıkardığından iştahsızlıktan müşteki.. kay, bulantı yok, hastalığı kendisini fazla rahatsız etmiyor, fakat neş'esiz, yaşayışından memnun değil, bir toplantıda uzun müddet kalamıyor, arkadaşlarının eğlencesine iştirak edemiyor, onlarla birlikte yeyip içemiyor, kapalı yerde fazla kalırsa çarpıntı başlıyor dışarıya çıkıp gaz çıkarmazsa fazla rahatsız oluyor. Ve hasta bilhassa bu sonuncu cihet için dahiliyeciyi müracaat ediyor dahiliyeci kalbini tetkik ediyor, bir şey bulamıyor röntgene getiriyor muayenede kalp ve avurt normal midede fazla gazat var bu sebeple kalp deplase.

Mide muayenesi iperfonksiyonman tespit ediyor. Kolonlarda keza fazla gaz görülüyor şikâyet bulunanlarla izah edilemiyor, tetkik devam ediyor ve nihayet müzmin apandisit bulunuyor. Klinik müşahede ve tetkik de bu neticeyi veriyor.

Şu müşahedelerde üzerinde durulacak cihet şudur : bu hastalarda radyolojik tetkik yapılmıştır. Fakat metodik hareket olunmamıştır. Radyoloğ ya tesir altında kalarak kendi kendini yanlış yola sürüklemiş, yahut da dar bir sahada amprik olarak çalışmıştır.

Seriri olarak müzmin apandisitini karıştırıldığı vekayiden en çok tesadûf edileni şunlardır : mide ve isnaaşar karhaları, kolesistitler ve litiyazbiliyerler, isnaaşar divertikülleri, Salpingoovarienne tagayyûrat, zigmoid neoplazmları, aver tümör ve tüberkülozları, oynak böbrek (*mobile*) ve ilâite lerdir.

Bu vekayiden ilâite lerle müzmin apandisit mevcut olduğu halde *annexite* gibi seriri âraz veren ve *flirt appendicoovarienne* âlâim tevvid eden vâk'alar ve *Diverticulite* ile müterafık olan isnaaşar ikinci kit'ası divertikülleri, ârazı silik âver tümör ve tüberkülozları başta olmak üzere bir az evvel adı geçen hastalıkların seriri tablosu tamamen teessüs edemediği vekayide sadece seriri ârazla teşhisin bazan çok zor olduğunu itiraf lâzımdır.

Tenasül uzuvlarına ait *Pérviseerite* ler ekranlı ces ile ve mihbeli tuşe ile müzmin apandisitlen kolayca ayırd edilebilir. Nihayet *hystorographie* bu işi halleder. Bu gibi hastaların antesedamında ekseriya mençei *püerperal* bir intan bulunur mücaveret dolayısıyla bazan hakikî apandisit vak'alarında iltihabî adrenslar tesirile veca *annexe* lere intişar eder ve teşhiste hatayı mucibolur, *poste opératoire* vecam menşenin tayini hususunda *hystorographie* nin büyük yardımı vardır.

Silik âraz veren karın ağrıları vakayiinde radyolojik muayenenin lüzumuu gösteren teşrihi ve fiziyojik hususiyetlere gelince :

Cerrahlar teşhisi zor karın hastalıklarından birisi de müzmin apandisitler derler. Bu zorluğun en başlı sebebi karın boşluğundaki muhtelif uzuvları birbirile münasebette bulunduran tenebbüti cümle (*systeme végétatif*) nin tevzi tarzıdır. Teşrihi malûmata göre *Sympathie* ve *parasympathie* adile iki gurupdan teşekkül eden *végétatif* cümleinin *parasympathie* sinin otonom kısmı rievii - mideyi sinirin muharrik elyafile birlikte mide ve em'ayı, ifrazi elyafile de kebed, kilye, pankreas, aczi olan otonom kısmında asabı havsali ile beraber küçük havsalanın muhtelif uzuvlarını asaplandırırılar.

Rievii mideviî asab mide ve em'anın havli hareketını tadil, rahim ve mesane muas-sirasına tenbih batın ev'yesini takbiz eder. (Rievii midî sinirin aksine) bu sinir aynı zamanda ukdei şemsiye, mesarikai ulviye ve süfliye ile de münasebettardır. Bu asabın elyafı arasında hissi şubeler de vardır. Sempati asaplar aynı zamanda nuhaî şevkinin karını cenbi yolile asabı şevkiye ile münasebet ve irtibat temin eder.

İşte bu yolla her hangi bir taharrüşiyet karını halfi, habli cenbi huzmesi, beynelmihhi ukde ve asabı şevkiyenin hissi elyafile o nuha kısmının asaplandırdığı cild sahasına intikal ederek şuai ağrıların husulünü mucibolur. Taharrüşiyet bazan da karını kuddamî hücrelerine intikal ederek karını adalelerinde mukavemet husulünü mucibolur. Batında her hangi bir uzuvda cereyan eden iltihabi hadise çok defa sadır ve batının bütün uzuvlarına intikal edecek derecede aksülameller yapar aksülamelin şiddeti sebebin hakikî miyarı olamadığı gibi bunları kolayca şu veya bu uzva ait bir afete bağlamak da mümkün olamaz.

Tabii hayattaki azanın vazifeleri arasında ahenkli bir münasebet vardır. Ufak bir sebep bu ahenkli münasebeti idame ettiren vejetatif sistem arasındaki fiziyojik müvazene-yi kolayca bozar. Meselâ zeydeki küçük bir mihrak veya nedbe, zeyle ait nörömüs-küler iperplazi (*neuromatose appendiculaire*) batında mühim bir âfet varmış gibi gürül-tülü âraz verebilir.

Şu teşrihi malûmat hülâsasına göre müzmin apandisit arazının diğer hazım borusu âfatına ait ârazı taklid edebileceği kolayca anlaşılır. Radyolojik âraz için de bu mülâhaza aynı variddir. Filhakika :

Eğer röntgen şuai ile hazım borusuna ait mahdud bir sahayı mütalâa edersek görebileceğimiz inikâsi sebeplerden mütevellid vazifeyi teşevvüşat alâimi (mide, isnaaşar veya kolonlardaki) bizi aldatur ve daha uzaktaki hakikî amilin gözden kaçmasına sebep olur. Yukarıki müşahedeler bu mütalâayı teyit eden kuvvetli misallerdir.

İşbu teşrihi vaziyet müzmin apandisit araştırmalarında muayenenin nasıl yapılması lâzımgeldiğini bize gösteren en eyi rehberdir. Vak'alarının röntgenle tetkik ederken bu teşrihi bilgilerden ne tarzda istifade ettiğimi bir az sonra arzedeceğim.

Müzmin apandisit teşhisinde radyolojik muayenenin değeri hakkında klinisyenler arasında değil radyoloğlar arasında bile noktainazar farkları vardır.

Ekserya cerrahla radyoloğ arasındaki fikir ihtilâfının başlıca âmili şudur. Bazı müzmin apandisitler vardır ki ameliyatta zeyli dudide makroskopik bariz âraz görülmez radyolojikman zeyl mültehiptir vak'a nesci muayene ile tetkik edilmemiştir. Bu nevi ihtilâf radyo şirurjikal bir ihtilâfdan ziyade umumî medikal bir münakaşa zemini ve mevcut tetkik usullerinin ihmalî demektir.

Radyoloğlar arasındaki fikir ihtilâfına gelince : bazı radyoloğlar vardır ki meslek harici yetişen bir laboratuvarcı zihniyeti taşırtar bunlar için klinik yoktur. Hasta mevzuu bahs değildir. Tıpkı bir motörün bozukluğunu tetkik eden usta başı gibi düşünürler eski röntgenicilik mektebinin bu yaşlı veya genç çömezleri daima radyopatolojiden uzak

kalarak vücudun hususiyetlerini unuturlar. Ve bu yanlış zihniyetle hareket ederek çıkar-
dıkları noksan neticelerle umumi ve şamil hükümler verirler. Radyolojik etidlerin değeri
hakkında daima mütereddidler.

Bizde diğer memleketlerden nisbeten fazla rağbet görmüş olan bu zihniyetin teşek-
kül sebebini anlamak kolaydır. Umumi ve Türk radyolojisinin tarihini tetkik etmek,
radyolojinin inkişafına yardım eden anasırı ve radyologun yetişme şartlarını tahlil etmek
kâfidir.

Radyolojinin modern şekil aldığı şu zamanda mevcut noktainazar farkının menşei
daha derinlerde aramak lâzımsa da mevzu haricidir. Bilmünasebe bir kaç defa temas
ettiğim gibi radyoloğa veya çalışma metoduna ait olan sistematik veya aksidental hatâ-
ları ve bu hatalardan mütevellit yolsuzlukları haksız olarak o şubeye mal etmek bilmem
ki nasıl tavsif olunur. Müzmin apandisit radyolojisi son senelere kadar bizi matlub
derecede tenvir edemiyordu. Çünkü takip edilen yol hatalı idi. Hekimlikte hepimizce
malûm değişmez bir kaide vardır. Bir uzva ait hastalık mevzuabahs olduğu zaman
sadece o uzuv tetkik olunmaz o uzuvla münasebeti olan uzak veya yakın diğer uzuv-
larda mütalâa olunur. Hazım borusu ve müteallikatına ait hastalıklardan radyolojik tetkik-
lerinde bu nokta müzaf bir ehemmiyet kazanır çünkü teşrihi vaziyet böyle icabettir-
mektedir.

Her hangi bir mülâhaza ile ilmî olan şu kaideye uymayarak ve bir radyopatoloğ
zihniyeti ile değil teknisiyen görüşü ile çalışmak ilmî esaslara dayanan vakiaları anla-
mamak demektir ki bu nevi zihniyetle münakaşanın lüzumsuz ve yersiz olduğuna kaniim.

Travayımı yaparken Müzmin apandisit teşrihi vaziyeti, ve hazım cihazı âsabının sureti
tevezzüünü nazarı dikkate alarak her vak'ada bütün hazım borusunu ve bazılarında mü-
teallikatını da birlikte tetkik ettim. Teşhiste az hata için yalnız *Direct* ârazin tetkikile
iktifa etmemek onun kadar değeri olan *indirect* ârazi dikkatle araştırmak lâzımdır. Fakat
indirect ârazi tetkik ederken bir hususiyeti daima göz önünde tutmak şarttır. Oda görü-
len ârazin zeyl iltihabından başka bir hastalığa merbut olmadığını tesbit etmek mes'e-
sidir. Tetkiklerime ait hususiyetin bariz bir karakteri budur. **Bence müzmin apau-
disitin radyolojik teşhisi demek karın ağrısı sendromlarının tetrikî teş-
hisini yapmak demektir.**

Teşhiste muvaffakiyet teknikte ve araştırmada bu zihniyeti hakim kılmakla kabildir.
Basit olduğu kadar külfetlice olan bu usulün çok iyi neticeler verdiğini rakkamlarla
izah edeceğim. Tetkiklerimde kliniği, hastanın klinik tetkikini ihmal etmediğim gibi ame-
liyat neticelerini de tespit ettim. Bu suretle imkân dahilinde tekâmül ettirilmiş vak'alar
topladım vak'alarının takiplerinde ve ameliyat neticelerinin tesbitinde değerli yardım
ve alâka gösteren operatör ve dahiliyeciler arkadaşlarıma alenen arzı şükran ederim.
Müzmin apandisit radyolojik muayenesinin tavsif ettiğim şekilde yapılmasında
muttassib davranılmamakta hatta lavman opakla apandisit teşhisinin her vak'ada kabili
tatbik olduğu bile söylenmektedir ki bu iddiada mübalâğa vardır.

Araştırmalarımda kıymet verdiğim hususiyetlerden birisi de dekkaki - âveri zaviyedeki
ukde tekellüslerinin tetkikidir. Bu tekellüsler zeyli - âveri nahiyede adenolenfatik bir vetirei
iltihabiyeinin geçtiğine delalet eder. Hastaya radyopak madde vermezden evvel dekkaki
âveri nahiyenin yumuşak bir şuala resmini alır ve tetkik ederim. Görülecek zılları
havsali diğer kesafetlerden ayırd edilmesi o kadar kolay değildir. Bu nahiyeye ait
uzuvların teşrih ve patolojisini bilmek lâzımdır. Bundan başka radyolojikman eyi *Eduqué*
bir göze de ihtiyac vardır. Dekkaki âveri tekellüsler vekayinin % 11 inden fazlasında
görüür. Aver ev'iyei lenfaviyesi kolon ev'iyei lenfaviyesinden fazla *Développée* dir, ev'iyei
demeviye yolunu takip ederler. Burada üç gurup mecma vardır. Bu nahiyeye ait

ukde tekellüslerinin radyolojik manzaraları sair ukdeler gibidir. Müdevver veya beyzi, nesicleri gayrı mütecanis ve müriforme zıllardır. Muhitleri *Polycyclique* dir. Nadiren müdevveidirler hacimleri kiraz çekirdeği ile fındık cesameti arasındadır. Bu zıllar alelâde muayenede müstamel şuaat ile silindiği gibi zeyli dudi tetkiki esnasında em'a baryumla dolu iken maske olacağından daha evvel yumuşak bir şuala resim almalıdır.

Teşhiste hataya düşmemek için *appendicopathie* leri de ayırd etmek lâzımdır. Bunları hakiki apandisitlerden ayırmak için mütereddit vak'alarda hastayı antispazmodik tedaviye tabi tutmalı sonra tetkik etmelidir. Tenebbüti cümleye ait olan ve bazan müzmin apandisit ârazi veren sistem vejetatif taharrüşünün mutlaka uzvî bir âfete merbut olması şart değildir.

Müzmin apandisit teşhisinde değerli rolü olan ârazdan biri de dekkaki iltisaklar ile *iléte* ler ve dekkakiyi alâkadar eden *Périviscérite* lerin tetkikidir. Zeyl iltihabı aranırken dekkakiye ait rüküdet ve sui şekillerin nazarı itibara alınması şarttır. Bunlar eyi tetkik edilirse kuvvetli bir âraz elde edilmiş olur. Meselâ dekkakinin son urvelerinin nazil istikamet alması iltihab neticesi âver ve zeyl mezosunun kısılmasından neş'et eder. Dekkakiye ait suişekiller bizim hususî surette nazarı dikkatımızı celbetmiş ve ekserya apandisit ile birlikte bulunmuştur.

Dekkakiye ait iltisakları tanıtmak o kadar kolay değildir. Uzun teşrihi karakteri bunu icabettirmektedir. Bu sebeple teşrihi bazı malûmatı hatırlamak lâzımdır.

Dekkakiye ait bridler *Lane* tarafından üç gurupa ayrılmıştır.

(1) Dekkakiye mesnedlik eden ve *Sus iléale* rabitasını takviye eden brid olup dekkakinin nihayetine 10 santim mesafededir. Burada aşağıya müteveccih had bir zaviye teşkil eder.

(2) Havsalî perituvandan dekkakiye imtidad eden ve dekkakiyi nihayetine 10 santim mesafede tesbit eden *sousiléale* diğer bir brid

(3) *Périorléosoacecal* kalın bir şerit olup dekkaki âveri zaviyenin önünden geçerek bu zaviyeyi tazyik eder.

Dekkakii âveri mesirde stenoz yapan amiller şunlardır :

Averin ünsi vechile dekkakinin nihayeti arasında iltisak teşekkülü hasebile dekkaki âveri zaviyenin kapanması (2) âverin kuddami ünsi hafesinin dekkakinin son kısmının kuddami vechine intibak etmesi (3) *Jakson* tarafından yazılan ve gışaf peritifit ile alâkadar olduğu zikredilen ve mecrada mekanik teşevvüşat tevlid eden ve uzvu tesbit eden bridler (4) pek nadir olan dekkakinin sekum arkasındaki *enroulement* ı.

Periviseritler : İlk defa *Walter* tarafından mütalâa edilmiştir. Sebep olarak üç âmil zikredilmektedir. Müzmin taharrüşler, had intanlar, operatuvar travmalar..

Müzmin kolite merbut âver stazlarının müzmin taharrüş amili olduğu umumiyetle kabul edilmektedir. Apandisit ile alâkadar değildir.

Aver rüküdetlerinin sebebi ya teşrihidir, (vilâdi bridler) yahut iltihabidir. Bu taktirde toksinler tesirile gışayı muhafî tagayyüre düçar oluyor. Bu nevi rüküdetlere röntgenciler sağ kolon stazi derler. Bunların iki şekli vardır. İpertonic, atonik, atonikte cidar gergindir. *Pomméte* ve *nuageux* dir. Bazan had bir periviseritle alâkadardır. Yani müzmin apandisit'in pussesinden mütevellittir. Bilâhare zeyl iltihabı zail olur, zeyl normal şekil alır, yahut skleroz başlar. İlk iltihaptan sonra ekserya kolit teşekkül etmez, etsede müterakki şekil almaz. İltisaklar ekserya ameliyattan sonra bilhassa münten vak'alarda görülür. İltisak husulünde şahsî istidad ve zeminin tesirini unutmamak lâzımdır. Dekkaki âveri zaviyeye ait inhirafın perikolit ve bridlerin tahassülünde âmil olduğu kabul edilmektedir.

Periviseritlerin röntgenle teşhisi kolay değildir. Bu zorluğu dekkakiye ve âveri alâ-kadar eden bridle in teşhîhi vaziyetleri izah ediyor.

Filhakika bizzat bridler görülmezler sadece bunlardan mütevellit mekanik teşevvüş-ler görülür. Periviseritlerin her zaman apandisitile müşterek olamayacağını ve müzmin apandisitinin klinikte bazan peritiflit ile karıştırıldığınınını sebebini mezkûr teşhîhi malûmat izah etmektedir.

Periviseritler morfolojik ve plastik tagayyûrat tevliid ederler. Bu tagayyûratı daima dekkakinin son urvelerinde aramalıdır. Ancak dekkakinin son urvelerinde görülecek rûkûdetlerin başka sebeplerden mütevellit olmadığını tesbit şarttır. Periviserit ararken dekkakinin mobilitesi, hassasiyeti, coudurleri ve sekomla iltisakları dikkatle tetkik olunmalıdır. Dekkakide gaz huvaysali bulunmasının bile değeri vardır. Mesirdeki zorluğu ve periviserite delâlet eder. Perivisseritde âverin mobilitesi azalmış veya yoktur. Ces ile veca vardır. Veca apandisit vecaı gibi lokalize değildir. Aver eyi dolmaz *mouchête* manzara arzeder.

Karın ağrılarının tefriki teşhisini yaparken ileitlerin itina ile tedkiki ve hastanın se-riiri arazının iyi observe edilmesi lâzımgeldiğini unutmamalıdır.

Dekkaki rûkûdetinin değeri olmak için rûkûdetin iyi tahlili ve iyi ölçülmesi lâzımdır.

Erlieh hasta sitobaryum aldıktan birbuçuk saat sonra yemek yer ve beş saat sonra-ki muayenede dekkakide rûkûdet görülürse zeyl iltihabına delâlet eder diyor. Vak'alarım-nda dekkaki rûkûdetinin bu tarzda uluorta muayenesinin kuvvetli bir delil olmadığını gördüm. Bizec dekkaki rûkûdetinin teşhisi kıymeti olabilmek için hazım borusu yolunda bu rûkûdeti izah edecek başka bir sebep bulunması (tiflokolit, perivisserit, bevıvab stenozu, priduodénit, pedikül mezanterik ve pens arteriyel tazyikleri ve saire gibi) şarttır.

Filhakika baryumun dekkakiye gelmesi ve dekkakinin boşalması zamanı muayyen değildir. Bu işte kat'i bir intizam yoktur. Bu intizamsızlık *à distance* ve ruhî sebepler-dende olabilir.

Vak'alarımnda tahliye yemeği ile kontrol edilen ve yukarıdaki şerait altında tesbit edilen dekkaki rûkûdetlerinin apandisit araştırmalarında itimada layık değeri olduğu kanaatına vardım.

Bazıları Bohen dessamını pilor muassirasına benzeterek jükstapilorik karhalarda pilor spazmı nasıl mide tahliyesini geciktiriyorsa apandisit vak'alarında da bu araza kat'i kıymet vermek doğru olduğunu söylediler.

Halbuki Bohen muassırası pilor dessamına benzemez. Pilor dessamı her iki nevi cereyanı kat edecek teşhîhi bünıye malik hakiki bir muassara olduğu halde bohen dessamı böyle değildir. Binaenaleyh bu araza ancak yukarıda kayd ettiğim şerait altın-da kıymet vermek lâzımdır.

Apandisit tedkikinde bir âraz olarak yer alan âver spazmının kıymeti olabilmek için spazmın başka âmillerden husule gelmediğini tayin edersenek (ki bu günkü teknikle bu mümkündür). Bu arazın değeri yükselmiş olur.

Âver taharrüşiyetinin ölçülmesi için bir az aşağıda izah edeceğim kendime ait basit bir teknikle bunu temin çok kolaydır.

Tatbik etmekte olduğum teknikteki hususiyetlerden biriside muayeneyi mutlak suret-te trendelenburg vaziyetinde yapmakta ısrardır. Hatta baskılan masası olmayan labo-ratuardan bu hususa dair verilen raporun netice müsbet veya menfi olsun değeri olma-dığı kanaatındayım. Zira ademi muvaffakiyeti tevliid eden en başlı âmil budur. Filha-kika kaimi vaziyette zeyl dolu olduğu halde ekseriya görülmez. Bu suretle yakalanabile-cek *Direct* bir âraz kaçınılmış olur. Dekakinin son urveleri veya âver zeyli maske eder.

Bu vaziyette batın adalâtı takallus halinde olduğundan bunları degaje etmekte mümkün değildir. Bundan başka *Direct* bir araz olan veca hissi de bu vaziyette aranamaz. Çünkü uzvun teşrihi vaziyeti buna manidir. Bu vaziyette çekilecek resimler trendelenburg vaziyetinde çekilecek resimlerden daha az net ve daha az detay verirler [*].

Âverin karakteristik spazmı ile zeylin *implantation* noktası karşısındaki sabit ankuşun teşhisi kıymeti ihmal edilmeyecek derecededir. (107) vak'amdın müsbet netice veren hepsinde bu ârazı gördüm. Bu ankuşun değeri bence mide karhalarındaki ankuş değeri kadardır.

Esasen her ikisinde aynı mihanikiyetle tessüs etmektedir.

Zeyli dudi tedkikinde ısrarla durduğum bir âraz da mide ve isnaaşarde görülecek vazifevi teşevvüşlerdir. Müzmin apandisit radyalojisine ait neşriyatta mide ve isnaaşarın tedkiki lüzumundan bahs edilmekte isede bu tedkikten maksad dekakiye ait rükûdetin kontrolü olduğu kaydedilmekte ve parrefleks husule gelen bu teşevvüşata kıymet verilmektedir.

Halbuki midenin uzvî tagayyürüne merbut olmayan vazifevi teşevvüşatı ile isnaaşara ait spazm ve rükûdetlerin ve gayrı sabit basalf suişekillerin teşhiste çok kıymetli olduğunu gördük. Bahusus faaliyet mihrakı ârz eden vak'alarda bu arazlar çok barizdirler. Bu itibarla hastalığın faaliyet ve *evolution* ı hakkında da bir fikir almış oluruz.

Yukarıda zeylin asabî cümlesine ait verdiğim tafsilât bu mütalâmı teyid edici olduğu gibi zeylin teşrihine ait yapılan tedkikler ve yeni teşrihi buluşlarda aynı mahiyettedir. Yukarıda müşahedelerini hülâsa ettiğim üç vak'am klinikten zeyl tedkiki için gönderilmediği halde mide muayenesini yaparken gördüğüm vaziyet zeylde bir iltihab olmasını hatırlatacak vasıfta olduğundan yapılan radyolojik etüd apandisit mevcudiyetini tesbit etmiş ve operasyonla her üç vak'a tevsih edilmiştir.

Bu hususta benî ısrar ve her vak'ada tedkike sevk eden âmil Bukreş Tıp Fakültesi Profesörlerinden *Gerota* nın başkanlığında teşrihi tedkikatla meşgul komisyondan *Dr. M. Barciyanu* nun neşreylediği tezinde dekkaki, âver ve zeyl eviye lenfaviyesile isnaaşar eviye lenfaviyesi arasındaki teşrihi münasebete ait malûmat olmuştur. Bu tedkiklere göre: zeyle ait yeni lenfa yolları vardır. Bunlar mesarika eviyesi tulünce seyrederek pankreas cisminin arkasından sağ kolon lenfa cezrine dökülürler. Lenfa yollarında müteaddit ukde gurupları (ulvî, mutavassit, süflî) vardır. Bazı ev'iyel lenfaviye hiç bir ukdeye munsub olmaksızın zeylden esnaaşara mümteddird.

Bu malûmat *Braith Waith* tarafından teyid edilmekle beraber zeyli ile pilor ve isnaaşarın *Sus mescolique* kısmı arasında doğrudan doğruya münasebet bulunduğunu da ilâve etmektedir. İşbu teşrihi malûmat isnaaşar iltihaplarile rükûdet ve spazmlarının patojenisini tenvire müsaid olduğu gibi bizim zeyl iltihaplarında isnaaşar spazm ve rükûdetlerine verdiğimiz ehemmiyeti de izah etmektedir.

Müzmin apandisit aramalarında tamponmanın ihmal edilmeyecek derecede faydası vardır. Pek basit olan bu tedbir basitliği nisbetinde kıymetlidir. Tamponman için sekondun zeyl ile birleştiği mahal trendelenburg vaziyetinde evvelâ skopik olarak cild üzerinde işaret olunur. Sonra hastanın bünyesine ve batnın haline göre munasip cesamette bir tampon bu yere tabkik olunarak üzerine filim konur ve resimler yapılır. Tabkiki tarafından umumileştirilen bu tekniğin iki çeşid faydası vardır.

(1) Averin taharrüşiyetini ölçmeğe yarar tamponmandan evvel ve sonra yapılan iki resim bize taharrüşiyet hakkında fikir vermiş olur.

[*] Filhakika bu vaziyette kan bu uzuvlara ve adalâta hali tabinin 5 misli fazla gelir. Uzviyette X şcanını en çok mas eden unsur kemiklerden sonra kan olduğuna göre muhtelif süperpozisyon ve jüstapozisyonlar sebeble vezahat ve detay azalır. K. İçgören

(2) Vak'aların çoğunda dekkakinin son urveleri tarafından zeyl ve kısmen âver mas-kedir. Doğrudan doğruya iskopi veya grafide tamamilе görölmez böyle vak'alarda bu manevra ile dekkaki ve âver ayrılarak zeylin mütalâası kolaylaşmış oluyor.

Zeyli nasıl dolduruyorum.

Zeyli doldurabilmek için şimdiye kadar mevcut metodların hepsini tetkik ettim fakat hepsinin de yüksek kıymeti olmadığını anladım. Zeylin doldurulmasında ısrar etmek lazımdır. Çünkü değeri vardır. Eyi teknikle çalışılmazsa zeylde dolma kabiliyeti bulunduğu halde teknik eksikliği yüzünden dolmadı denilir ve bu hal iltihab lehine bir âraz gibi alınır kısaca bu bahsde ârizî hataları bertaraf etmek lâzımdır.

Benim zeyli doldurma metodum şudur: Sitobaryumu dizfraksiyone olarak maden suyu ile birlikte vermektir. Maden suyu em'anın tahtelmuhati tabakai adaliesine eksitomotris tesir yaparak zeylin dolmasına yardım eder denmektedir.

Baryumu parça halinde verme fikrini bana ilham eden *Prof. Alban Köler* in kitabındaki 4—5 satırlık bir müşahededir. Bu müşahedeye göre bazı hastalara tedavi maksadile az miktarda matiyeropak verilmiş heman her vak'ada zeylin dolduğu görölmüştür. Şimdiye kadar bu müşahededen esaslı surette istifade edilmemiş ve hiç kimse bu noktada ısrar etmemiştir. Beş sene evvelisi müzmin apandisit radyolojisini tetkike başlarken bu müşahede nazarı dikkatımı celbetti ve her vak'ada tatbike başladım.

Ancak ben zeyli doldurmak için tedavi kastile verilenden fazla miktarda baryum vermekteyim. Muayeneye başlamadan 48 saat evvel hastaya hiç bir ilâc almamasını ve lavman yapmamasını tavsiye ederim. Bazı vak'alarda bir gün evvel ve aynı günün sabahı belladon veriyorum kullandığım kesif madde sitobaryomdur. 200 gram baryumu üç defada vermekteyim son parçayı ilk muayeneden 6—6,5 saat evvel veriyorum dekkaki ve âverin boşaldığını görmeden zeylin dolmadığına hüküm veriyorum. Bu tarzda dolmazsa ikinci gün em'a ve âver kısmen boşaldıktan sonra *Fischer* usulile hava vererek kesif maddenin zeyle girmesini temine çalışıyorum. Batını germek ve tazyik gibi manevralardan nadiren istifade ederim bazıları zeyli doldurmak için baryumla birlikte bir kahve kaşığı kadar sulfat de sude verilmesini tavsiye ederlerse de ben bunun hiç bir faydasını görmedim. Nadir vak'alarda zeylin ikinci veya üçüncü gün göröldüğü vakidir. Bu teahhüre sebep âver spazmlarıdır. Bu teknikle zeylin daha iyi dolmasını şu tarzda izah ediyorum. Baryum bir defada çok miktarda verilirse sekom kolon muassırası tesirile daima âverin muhâjı elde edilir. Halbuki böyle vak'alarda ekserya mevcut âver rüküdeti sebeble muhâti tabakanın *plis* leri dahame etmiştir. Tahtelmuhati tabakaya ait mayi *plis* lere yayılmıştır. Bu mihanikiyetle darlaşmış olan *Collet* daha kolay tikanabilir. Hatta bu sebepten em'a divertiküllerini doldurabilmek için kesif madde ile em'a ciddarının fazla girilmemesini tavsiye ederler.

Em'ayı lavmanla doldurmada divertikül görölmemsinin sebeplerinden biri de budur diğer bir sebep zeyl iltihaplarında âverde ekserya teşennû vardır. Bu hal zeyl *ambouchure* nin muvakkat olarak tamamen veya kısmen kapanmasını ve aynı zamanda gışaf muhatinin doğrudan doğruya kesif madde ile temasını meneden mahsulâtı ifraziyenin zeyl deru-nunda mahsur kalmasını intac eder.

Mide karha ve gastritlerinde olduğu gibi mükerrer ve fasılalı vermekle bu mahzurun önüne geçmiş oluyorum. Şimdiye kadar takib ettiğim 107 vak'ada % 94.4 nisbetinde zeyl doldurmağa muvaffak oldum.

Hassasiyeti nasıl ararım? kaimî vaziyette aranmaz çünkü teşrihî vaziyet bunu mani-dir. Trendelenburg vaziyetinde ararım. Hassasiyetin kıymeti olabilmek için bizzat zeyle münhasır olduğunu tesbit lâzımdır. Ekran altında aver bir el ile amudu fıfari üzerine itilir burada zeylin cesri tazyik olunur. Sonra sağ hufrе cesolunur birinci cesde veca var,

ikincide yoksa hassasiyet zeyile aittir. Veca sağ hüfrede varsa başka sebepler düşünmelidir. Her iki tarafta varsa her iki nahiyede veca yapan âmil vücudunu düşünmek zaruridir. Eger spazm tesirile âveri ünsiye red mümkün değilse hastaya baş aşağı fazla meyil vererek âver ve zeylin kanzaaya doğru deplasmanına çalışarak hassasiyeti orada aramalıdır.

Zeyli dudî cismi ecnebileri: ben zeyl iltihabı ararken bu hususiyete de kıymet veriyorum. İki kalküllü zeyl iltihabı vak'asında hastalarım hiç aralık vermeyen daimi iztirapdan şikâyet ediyorlardı. Bunun sebebi şu tarzda izah edilebilir. Kalküller zeyl gısaî muhatisini daimî olarak tahriş eden âmildirler. Krizden sonra zeylin normal halini almasına mâni olur orasını yaralar, yeniden enfekte eder. Zeyl kalkülleri ekserya beyzidir 2—3 milimetre uzunluğundadır. Bazılarının merkezi şeffaftır adedleri bir veya müteaddiddir. Cesametleri mercemek veya nohut kadardır. Flebolitler toplu igne başı veya nohut kadardır. Hududları net ve muntazamdır *Structure* vermezler. Prostat taşları müteaddid olur. Mevkıları karakteristiktir şerayın tekellüsleri mütemadî zil şeklinde yahut mütemadî *Linaire* zillar halindedir.

Müzmin apandisit cerrahisinde radyolojinin yardımı.

(1) Mübhemiyeti kaldıran, uzun müddet boşalmayan iltihaplarda inzar daha az müsaitdir. Kolay boşalan, rüküdet arzetmeyen vak'alarda inzar nisbeten müsaittir. (2) Ameliyattan evvel radyolojik muayene yapılırsa apandisite bağlanan ârazın başka sebeplerden ileri gelip gelmediği anlaşılır, hastaya da o tarzda izahat verilerek i'îmad sarsılmamış olur cerrahın otoritesi kuvvetlenir. Bu günkü tekniklerle em'aya ait marazî hadîsatın, iltisak, ve perivisseritlerin teşhisi mümkündür. Şimdiye kadar beş senede takib edilmiş 107 vak'a topladım. Bunlardan 79 u ameliyatla verifindedir. Üçü şüpheli telâkki edilmiştir. Röntgenle apandisit teşhisi konulan 79 vak'adan 17 si iltisaklı, biri kolesistle birlikte, ikisi kolitile müterafık, birisi perivisseritle, 4 ü isnaaşar karhasile beraber bulundu diğerleri basittir.

107 vak'adan 22 sinde apandisit bulunamadı. Bunlardan (7) si halib taşı (3) âver tüberkülozu, ikisi âver tümörü, 5 i kolit ve perikolit 5 i normal bulundu.

Travayımın hususiyet arzeden noktalarını şu şekilde hülâsa etmek mümkündür.

1: Röntgenle müzmin apandisit aramayı karın ağrılarının röntgenle teşhisi tefrikisi şeklinde yapmalıdır. Bu araştırma esnasında hassasiyet, zeylin tetkiki, doldurulması en muvafık teşrihi, ve fizyolojik şerait altında temin olunmalıdır.

2: Muayeneler mutlak surette trendelenburg vaziyetinde yapılmalıdır.

3: Mütereddit vak'alarda apandikopatileri ayırmak zeylin *implantion* karşısındaki lokal spazma kıymet vermek.

4: *Indirect* ârazın apandisitten başka bir sebebe merbut olmadığını tesbit etmek.

5: Parçalı usulle doldurmak ve nahiyevî tamponmanı ihmal etmemek...

6: Zeylin dolmadığına hükmetmek için âverin boşalmasını beklemek...

Radyolojik mesahada basit bir usul
Cismi ecnebinin mevki ve büyüklüğünün bilhassa rienin apse
tümör, kist idatiklerinin büyüklüklerinin ve serci
türki ve kadın havsalası ile cennin kafası
kurturlarının aletsiz tayini

Konya Askerî hastahane Röntgen mütehassısı

Dr. İsmet

Radyoloji ilminin doğum tarihinden bu güne kadar geçen hayatı tetkik olunursa ; ölçme işi üzerinde uzun sükûn fasıllarını takip eden muhtelif zamanlarda meşgul olduğu ve bu hususta birçok metodların ihdas edilmiş olduğu göze çarpar. Bu ihtiyacı, Röntgen şuaının kliniğe tatbikinden az bir zaman sonra başlayan umumî harp senelerinde doğmuş ve harp cerrahisinde en mühim bir ihtiyacı karşılamıştır. Bu zamanlarda tekamül devresine henüz girmeye başlayan Röntgen şuaının kendisine has olan evsafı ile beraber riyazi cephelerinden de istifade edilmek suretile cismi ecnebinin derinliklerinin tayinine imkân hasil olmuştur.

Cismi ecnebinin lokalizasyonu ; Röntgen laboratuvarlarının mühim olan mesailerinden ve cerrahî faaliyetin de lüzumlu ihtiyaçlarından birini teşkil eder. Filhakika harp zamanlarında hemen salgın halinde bulunan bu vak'alara bariş zamanlarında da kazaî veya cinaî olarak daima tesadüf olunmaktadır.

Vücuda dahil olan her hangi bir cismi ecnebi, bazı şeraite tabî olmak üzere uzviyette birçok marazî tezahürata sebebiyet verirler. Bu gibi vak'alarda ancak mediko-sosyal endikasyonlar üzerine istinat edilerek bilamelîye vücuttan ihraç edilirler. Her müdahaleyi ameliyede olduğu gibi, cismi ecnebinin çıkartılmaları ameliyatında ve her Röntgen muayenelerinde olduğu gibi bunların lokalizasyonlarında da hastanın selâmetini temin için dikkat edilmesi icap eden birçok noktalar vardır.

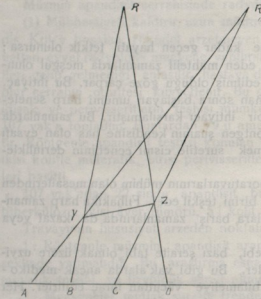
Ameliyat, uzviyet için bir nevi şoktur, narkozun surekli oluşu, kanamaların fazlalığı ve nesicî hırpalanmasının da mahzurları ayrıca şayanı teemmüldür. Binaenaleyh hastayı bunların fena tesirlerinden kurtarabilmek için, ameliyatın mümkün mertebe sür'atle ve büyük bir meharetle yapılması icap eder, işte şürürjün bu muvaffakiyeti radyolojikman iyi bir lokalizasyon yapılması ile temin edilir. Bundan dolayıdır ki bu iş için, mesaha metotlarının en şayanı itimat olanlarını kullanmak mecburiyeti vardır.

Şürürjide olduğu gibi, Röntgen noktayı nazarından da bertaraf edilmesi icap eden mahzurlar vardır. Ameliyat uzviyet için nasıl bir şok hadisesi teşkil ediyorsa, Röntgen şuaı da Röntgen mütehassısları ve hasta için tehlikeli bir enerji mahiyetindedir. Uzun müddet devam eden Röntgen muayeneleri, hastanın cildinde radyodermitlerin tezahürüne sebebiyet verebilir, bunun için lokalizasyonun mümkün olduğu kadar sür'atle yapılması ve mükerrer muayene ve kontrollara ihtiyaç hissettirmeyecek şekilde katiyete istinat ettirilmesi ve bir defada bitirilmesi icap eder.

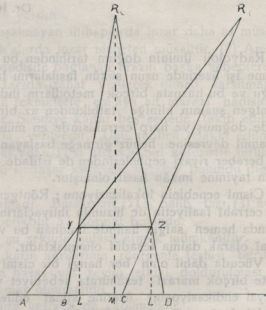
Röntgenolojide mesaha işi yalnız cismi ecnebinin lokalizasyonuna inhisar etmemiştir,

havsala ve cenin kafası kuturlarının da mesahası düşünülmüş ve bu mes'ele için de ayrıca birçok metotlar ortaya atılmıştır. İlk defa Lyon kliniklerinde doğan ve FABRE metodu ile başlayan radopelvimetri; bu güne kadar uzun ve sönük fasıllarla tekâmül safhaları geçirmiş ve halen klasik kitaplarda, bulunan metotların ancak beşte biri yazılı olan kifayetli metotlara sahip olmuştur.

Birçok kliniklerde pekaz tatbik edilen ve hatta ihmal edilen radiopelvimetri; cenin kafası kuturlarının ölçülmesini de temin etmekle değerini birkaç daha artırmıştır. Hamlin ilk ve son üç ayları nihayetlerinde tatbik edilmesi çok faydeli olan pelvisefalometri, bize çocuğun kafası hacmi ile valide havsala kuturları arasında ve keza validenin havsala kuturları ile çocuğun hacmi ve sikleti arasında bir nisbet teecessüm ettirir, ve çocuğun sikleti hakkında takribi bir fikir verir, bu suretle bizi doğumun inzarı hakkında veya hamlin vaktinden evvel nihayellendirilmesini icap ettirecek bir endikasyonun mevzuu bahsölup olmadığı hakkında tenvir eder.



(Şekil - 1)



(Şekil - 2)

Ölçme keyfiyeti; radyolojik muayenelerde vazih bir hududa malik olan bazı gölge veya nahiyelerin mesahalarında da kabili tatbiktir, bu sayede rie dahilindeki bir kist idatik, tümör veya apsenin, büyümüş timüs gölgesinin ve serci türkinin büyüklükleri de ölçülebilir. Bunların mesahaları tedavii tıbbi veya müdahaleyi cerrahiye endikasyonlarına veya yapılan tedavinin istifade derecelerine mühim bir kriterium teşkil edebilirler.

Radyolojide kalp zillinin mesahası, ayrı ve temamil müstakil bir mevzu teşkil etmiş ve hemen klasik metotlar halinde standardize olmuş olduğu için bu mevzuun burada zikri lüzumsuz görülmüştür.

Halihazırda cismi ecnebinin lokalizasyonunu temin eden birçok metot, birkaç alet ve üç müellifin de baremleri vardır. Şimdiye kadar intişar eden kitap ve mecmualarda yazılı olan bu usulleri ayrı ayrı zikredecek değilim, ancak hepsinin yalnız derinlik tayin ettiklerini, büyüklük hakkında bir fikir vermediklerini ve tekniklerinde, mesafeyi mihrakiyenin altmış santim olması ve 6,5 veya 10 santim yana kaydırılması gibi muayyen şeraitin mevcut olduğunu kaydedeceğim. *Buguet - Gascard Cohen* ve *Hirz*'in aletsiz

lokalisasyon yapan baremleri de keza bu şeraite tabidirler ve yalnız cismi ecebini derinliğini tayin ederler. Tesbit ettiğimiz metotta, lokalizasyon bu müelliflerinki gibi baremlerden ve aletsiz olarak yapılmakla beraber kendisine, büyüklüğü tayin etmek

İhtisar edilmiştir

Tablo : 1

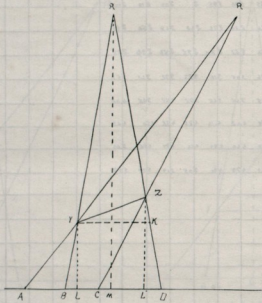
Ampulün 7 santimetre yana kaydırılması için

	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	40
1	0.00	0.12	0.24	0.36	0.48	0.60	0.72	0.84	0.96	1.08	1.20	1.32
2	0.00	0.16	0.32	0.48	0.64	0.80	0.96	1.12	1.28	1.44	1.60	1.76
3	0.00	0.24	0.48	0.72	0.96	1.20	1.44	1.68	1.92	2.16	2.40	2.64
4	0.00	0.32	0.64	0.96	1.28	1.60	1.92	2.24	2.56	2.88	3.20	3.52
5	0.00	0.40	0.80	1.20	1.60	2.00	2.40	2.80	3.20	3.60	4.00	4.40
6	0.00	0.48	0.96	1.44	1.92	2.40	2.88	3.36	3.84	4.32	4.80	5.28
7	0.00	0.56	1.12	1.68	2.24	2.80	3.36	3.92	4.48	5.04	5.60	6.16
8	0.00	0.64	1.28	1.92	2.56	3.20	3.84	4.48	5.12	5.76	6.40	7.04
9	0.00	0.72	1.44	2.16	2.88	3.60	4.32	5.04	5.76	6.48	7.20	7.92
10	0.00	0.80	1.60	2.40	3.20	4.00	4.80	5.60	6.40	7.20	8.00	8.80
11	0.00	0.88	1.76	2.64	3.52	4.40	5.28	6.16	7.04	7.92	8.80	9.68
12	0.00	0.96	1.92	2.88	3.84	4.80	5.76	6.72	7.68	8.64	9.60	10.56
13	0.00	1.04	2.08	3.12	4.16	5.20	6.24	7.28	8.32	9.36	10.40	11.44
14	0.00	1.12	2.24	3.36	4.48	5.60	6.72	7.84	8.96	10.08	11.20	12.32
15	0.00	1.20	2.40	3.60	4.80	6.00	7.20	8.40	9.60	10.80	12.00	13.20
16	0.00	1.28	2.56	3.84	5.12	6.40	7.68	8.96	10.24	11.52	12.80	14.08
17	0.00	1.36	2.72	4.08	5.36	6.72	8.08	9.44	10.80	12.16	13.52	14.88
18	0.00	1.44	2.88	4.32	5.76	7.12	8.48	9.84	11.20	12.56	13.92	15.28
19	0.00	1.52	3.04	4.56	6.00	7.44	8.80	10.16	11.52	12.88	14.24	15.60
20	0.00	1.60	3.20	4.80	6.40	7.84	9.28	10.72	12.16	13.60	15.04	16.48
21	0.00	1.68	3.36	5.04	6.72	8.16	9.60	11.04	12.48	13.92	15.36	16.80
22	0.00	1.76	3.52	5.28	7.04	8.48	9.92	11.36	12.80	14.24	15.60	17.12
23	0.00	1.84	3.68	5.52	7.36	8.80	10.24	11.68	13.12	14.56	15.92	17.44
24	0.00	1.92	3.84	5.76	7.68	9.12	10.56	12.00	13.44	14.88	16.24	17.76
25	0.00	2.00	4.00	6.00	8.00	9.60	11.20	12.80	14.40	16.00	17.60	18.40
26	0.00	2.08	4.16	6.24	8.32	9.92	11.52	13.12	14.72	16.32	17.92	18.80
27	0.00	2.16	4.32	6.48	8.64	10.24	11.84	13.44	15.04	16.64	18.24	19.12
28	0.00	2.24	4.48	6.72	8.96	10.56	12.16	13.76	15.36	16.96	18.56	19.44
29	0.00	2.32	4.64	7.04	9.28	10.88	12.48	14.08	15.68	17.28	18.88	19.76
30	0.00	2.40	4.80	7.28	9.60	11.20	12.80	14.40	16.00	17.60	19.20	20.00

imkânı da verilmiş ve diğerlerinin tekniklerinde mevcut olan bütün şerait tamamen ortadan kaldırılmıştır. Alınan netice, Freud'un kabul ettiği kaideye göre hakikat çok uygundur ve sür'atlidir, tatbiki için yardımcı şahısların müdahalesine ve fazla bir materyel sarfına da ihtiyaç yoktur. Aynı zamanda büyüklüğü de ölçülebilmesi kendisine, kadın haysalası ve cenin kafası kuturlarının ve yukarıda zikrettiğim diğer nevahi ve zılların ölçülmesinde mühim bir tatbik sahası temin etmiştir.

Tekniğimiz : Bu metotla cismi ecnebi lokalizasyonu hem radyoskopik ve hem de radyografik yapılabilir. Radyoskopi ile, cismi ecnebi görüldükten sonra, *Holzkecht* salibinin tekatu noktasına tevafuk eden merkezi şua, cismi ecnebinin tam ortasına tevafuk etmek üzere ampula vaziyet verildikten sonra teressüm eden gölgenin iki nihayet noktaları ekran üzerinde tesbit edilir. Bundan sonra ampul, istenildiği kadar santimetre sağa veya sola doğru yana kaydırılır, bittabi bu vaziyette cismi ecnebinin zıllı da yana doğru kayar, bu ikinci zıllın da nihayet noktaları işaret edilir, bu suretle ekran üzerinde dört nokta tesbit edilmiş olur. Çok kısa bir zaman zarfında yapılabilen bu iş mesaha için tamamilen kâfidir.

Radyografikman yapılmak istenirse, evvelâ radyoskopi ve merkezi şua ile hastanın cildi üzerine cismi ecnebinin tam merkezine tevafuk eden noktaya bir işaret konur, bilâharh radyografi masasına yüzü koyun veya arka üstü yatar. Merkezi şua işaret edilen noktaya tevcih edilmek üzere birinci radyografi yapılır, ampul yine arzu edildiği kadar yana doğru kaydırıldıktan sonra aynı film üzerine ikinci bir radyografi yapılır.



(Şekil - 3)

Bu suretle film üzerinde cismi ecnebinin iki zıllı teressüm eder. Radyografi esnasında mesafeyi mihrakiye kaç santimde bulunmuş ve ampül kaç santim yana doğru kaldırılise bunlar tesbit edilir.

(Şekil - 1) de görüldüğü vechile, film, veya ekran üzerinde A B C D gibi dört nokta vardır bu noktalar arasındaki mesafeleri bir cetvel ile ölçebildiğimiz gibi, mesafeyi mihrakiye ve ampülün yana kaldırılma mesafesinde bizce malûmdur. İşte bu malûm hadlerden istifade etmek suretile baremlere müracaat edilerek o cismin derinliği ve büyüklüğü tayin edilir. Tanzim edilen barem üç kısımdan müteşekkildir. Birinci kısım cismi ecnebinin derinliğinin tayinine mahsustur ve ampülün yana kaydırılma mesafesine göre beş santimden onbeş santime kadar her santim için ayrı olmak üzere on beş tabloyu havidir, ve her tabloda 3500 rakam mevcuttur. (Tablo - 1).

Bu tabloda yukarıda ofki bir tarzda yazılı olan rakamlar, 30 dan 60 santimetreye kadar mesafeyi ve kaimi rakamlarda ampülün yana doğru kaydırılmasile husule gelen

A B ve CD mesafelerinin milimetre cinsinden kıymetlerini gösterir, murabların tesalup noktardaki rakkamlar da Y ve Z noktalarının derinliklerini gösterir.

(Şekil - 2) de YZ hattı (cismi ecnebının büyüklüğü) nın LL' hattına müsavi olduğu

İhtisar edilmiştir

Tablo : 2

60 santimetre mesafesi mihrakiye için

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	100
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	100
2	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	200
3	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	300
4	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	400
5	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	500
6	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60	66	72	600
7	7	14	21	28	35	42	49	56	63	70	77	84	700
8	8	16	24	32	40	48	56	64	72	80	88	96	800
9	9	18	27	36	45	54	63	72	81	90	99	108	900
10	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	1000
11	11	22	33	44	55	66	77	88	99	110	121	132	1100
12	12	24	36	48	60	72	84	96	108	120	132	144	1200

görülmektedir, LL' hattı ise AD kısmında AL ve L'D mecmunun çıkarılmasına müsavidir yani $LL' = D - (AL + L'D)$ dir, bu düsturda AL ve L'D mesafeleri bizde malum değildir o halde bu düsturu halledebilmek için bunların tayin edilmeleri lâzımdır, işte baremin ikinci kısmı, bu mesafelerin tayinlerine yarar, bu da 30 dan 60 santimetreye kadar her mesafeyi mihrakiye için ayrı olmak üzere otuz tabloyu ve her tablo da başlı başına 3000 raknını havidır.

(Tablo - 2) bu tabloda ufki rakamlar Y ve Z noktalarının milimetre cinsinden derinliklerini ve kaimi rakamlar da A M ve R R' mesafelerinin mecmuunu yani (A M + R' R) i gösterirler, şu halde bu tablo üzerinde A L mesafesini tayin edebilmek için ufki rakamlar

İhtisar edilmiştir

Tablo : 3

60 santimetre mesafeyi mihrakiye için

	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24							180		
20	20	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100
21	21	25	29	33	37	41	45	49	53	57	61	65	69	73	77	81	85	89	93	97	101
22	22	26	30	34	38	42	46	50	54	58	62	66	70	74	78	82	86	90	94	98	102
23	23	27	31	35	39	43	47	51	55	59	63	67	71	75	79	83	87	91	95	99	103
24	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100	104
25	25	29	33	37	41	45	49	53	57	61	65	69	73	77	81	85	89	93	97	101	105
26	26	30	34	38	42	46	50	54	58	62	66	70	74	78	82	86	90	94	98	102	106
27	27	31	35	39	43	47	51	55	59	63	67	71	75	79	83	87	91	95	99	103	107
28	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100	104	108
29	29	33	37	41	45	49	53	57	61	65	69	73	77	81	85	89	93	97	101	105	109
30	30	34	38	42	46	50	54	58	62	66	70	74	78	82	86	90	94	98	102	106	110
31	31	35	39	43	47	51	55	59	63	67	71	75	79	83	87	91	95	99	103	107	111
32	32	36	40	44	48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100	104	108	112

arasında A M ve R R' mesafeleri mecmu ile tesalüp noktalarındaki rakamı okumak lâzımdır. Yalnız bulunan rakamı iki ile zarp etmek icabeder.

M noktası birinci projeksiyonun merkez noktasını ve R R' de yana kayma mesafesidir. L' D mesafesinin tayini için, Z noktasının derinliği ve B D mesafesini kıymeti ile bakmak ve tesalüp noktalarındaki rakamları okumak kifayet eder.

(Şekil - 3) de görüldüğü vechile şayet, cismi ecnebi ekrana veya pilaka müvazi de-

gilde münharif bir vaziyette bulunuyor ise, o cismin büyüklüğü ancak üçüncü baremde tayin edilebilir. Burada Y Z mesafesi L L' mefasına müsavidir ve bu da bize malumdur, zira cismin ecnebinin her iki nihayetler derinlikleri arasındaki farka müsavidir yani $(ZK = ZL' - YL)$ dir.

Üçüncü tabloda, yukardaki ufki rakam milimetre cinsinde Y Z mesafesini ve kaimi rakamlar da Z K mesafesini ve tesalüp noktasındaki derinlik de cismin ecnebinin büyüklüğünü gösterirler Tarif edilen bu usul, pelvisesfalometreye de kabili tatbiktir. Bu güne kadar ortaya atılan radyopelvimetri metodları, hususî âlet ve vasıtaların kullanılması ile edimmiştir, Arzettiğim vechile henüz hepsi klâsik kitaplara geçmemiş ve devri neşriyat arasında kalmıştır. Bu metodların kendilerine mahsus olan aletlerini elde etmeden tatbik edilmelerine imkân olmadığı için istimleri muayyen laboratuvarlara inhisar etmiştir.

Usulümüzle pelvimetri işi gayet kolaydır. Hasta radyografi masası üzerine sırt üstü yatar ve radyografi yapılacak şekilde hazırlanır. Merkezi şua, kavsi fahizlerin tam ortasında geçen hattın tam ortasından geçmek üzere her hangi bir mesafeyi mihrakiye ile

Tablo : 4

Kafavî cephi kutur Santimetre	Ceninin sikleti		
	Takribî	Vasatî	
11,5 — 12	3560	2727	
11 — 11,5	2950	2267	
10,5 — 11	2400	1814	
10 — 10,5	1900	1360	
9,5 — 10	1600	1360	
9 — 9,5	1360	1150	
8,5 — 9	1150	907	
8 — 9,5	1000	700	

radyografi yapılır, ampul hastanın hattı mutavassıtına müvazi olmak üzere keza arzu edildiği kadar sağa veya sola kaydırılır. ve aynı film üzerine ikinci bir radyografi yapılır. Bu suretle flim üzerinde iki harşum ve iki ane noktasi teressüm eder. Bu noktalar bir kalemle işaret edilerek yukarda tarif edildiği vechile baremlere müracaat edilir. Ceninin kafası kutuları da bu şekilde tayin edilir.

Stewart H. Clifford 479 vak'a üzerinde yaptıkları tetkikte cenin kafavî cephi kutru ile sikleti arasında bir münasebet mevcut olduğunu görmüşler ve bunu bir tablo halinde neşretmişlerdir (Tablo - 4) Cenin sikletinin tayini; Toksemi ile ihtilâl etmiş vak'larda, kalp hastalıklarında, neziflerde, ve hamlin vaktinden evvel nihayete erdirilmesi icabeden diğer vak'alarda çok mühimdir, bu noktai nazardan pelvisesfalometrinin jinekolojide büyük bir değeri vardır.

Netice :

1 — Taktim edilen metod çok basittir, yardımcı şahsa ve âlete ihtiyaç hissettirmeksizin oldukça kısa bir zaman zarfında şayanî itimat netice verir.

2 — Usulun tatbikinde, diğer metodların tabi oldukları şeraite riayet etmeğe lüzum yoktur.

3 — Cismi ecnebinin yalnız derinliğini değil aynı zamanda büyüklüğünü de tayin eder ve diğer radyolojik mesahalara da kabili tatbiktir.

4 — Baremler ; Temamile riyazi kaideler üzerinn istinat ettirilmişlerdir.

Tercümeler

Comberg usulile gözde cismi ecebi lokalizasyonu

Ceviren : Röntgen mütehassısı

Dr. Kâzım Nuri İcğören

Berlin Tıp Fakültesinde tatbik edilerek gayet doğru neticeler veren bu usulü müşahedelerle tesbit eden asistan Dr. *Günter Lembeck*, *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*'nin (Band 1828, 80) Haziran nüshasında neşretmiştir.

Gözde cismi ecebi mevcudiyetini basit (kuddami - halfi) ve yan iki grafi her zaman gösteremez. Bunlarla ancak cevfi hücaçi dahilinde bir cismi ecebi bulunduğu anlaşılır. Göze muhtelif hareket vererek yapılan grafilerde mes'eleyi halletmez. Dahili hücaç bir cismi ecebi mevcudiyetini sarıh olarak ve mevkiini takribi olarak gösterir. Bu itibarla mezkûr usüllerin cismi ecebinin çıkarılması hususunda esaslı yardımı yoktur. Bundan başka gözün cerihadar olması da bizzat kürrei ayn dahilinde cismi ecebi mevcudiyetine delil telâkki edilemez.

Filhakika ecebi madde kürrei ayni tamamile geçerek hücaç nesci dahilinde kalır ve göz dahili zannolunur. Cismi ecebi göz adedâtı şümküüde veya ecfanda olursa yine gözün hareketini takip eder. (Ecfanda ise aynı zamanda ecfan hareketâile de müteharrik bulunur).

Bazı tarditlerden sonra darbenin mukabil tarafında göz dahili bir lezyon tahassül edebilir. *Prof. Vander E* nin Fransız oftalmoloji cemiyetine yaptığı tebliğde bahsetmekte olduğu lokalizasyon usulü de maksadı teminden uzaktır. Bu tebliğde nazaran mumuaileyh radyopak halkayı hamil bir (Coque) kullanılarak cismin koktan olan mesafesini ölçmeğe ve bu suretle göz dahilinde bulunup bulunmadığını tayine çalışmaktadır.

Göz dahili cismi ecebi lokalizasyonunda cismi ecebi karniyeden umkan ve karniye merkezinden canibi olan uzaklığının ve bilhassa hangi meridyen üzerinde bulunduğuunun tayini lâzımdır. Yukarıda bahsedilen usul bizi bu noktalarda tamamile tenvir edemiyor. Halbuki cismi ecebinin hangi meridyen üzerinde bulunduğu malûm olmazsa bunun Elektroeman'la çıkarılması güçleşir. Cismi ecebiyi tamamile lokalize etmeden göz dahili olduğunu anladıktan sonra Elektroeman'la gayri muayyen istikamette çekerek beyti kuddamiye getirmek mümkün olur. Fakat bu takdirde göz dahili bazı aksam fazla zedelenebilir. (Comberg) usulünde bu mahzur yoktur.

Bu usulün tatbiki için şunlar lâzımdır :

- 1 — Kontaktglas prothése (Röntgenhaftglas nach Comberg).
- 2 — Fixierspiegelchen
- 3 — (13×18) 2 filim.

Kontak camı üzerinde mütenazır ve radyopak dört nokta bulunan ve karniye üzerine kabili tatbik olan bir camdır. Fixaj aynası ise basit menşur müsellesi şekilde bir aynadır.

1 — Bu usulü üç senededberi Cerrahpaşa hastanesinde göz servisinde de tatbik edilerek daima mükemmel netice alınmıştır.

2 — Bu hususta (Archive d'ophthalmologie) nin 1931 Numara 1 nüshasında malûmat mevcuttur.

Biri kuddami halfi, diğeri cenbi olmak üzere iki resim yapılır. Birinde cismi ecnebinin karniye muhitinden olan mesafesi, diğesine umku tayin olunur.

Teknik : Kuddami halfi radyografi için film kutusu masaya konur, üzerinde tesbit aynası yerleştirilir. Plak antikatot mesafesi 60 santim olarak tesbit olunur. Bundan sonra ampul amudî şua tesbit aynasının merkezine gelecek şekilde tanzim olunur. Hasta karni üstü yatar başı plak üzerine vazolunarak gözün mihveri teşrihisile merkezi şuan aynı istikamette olması temin olunur. Hasta masaya yatmadan evvel göze (Verre de contact) konularak tanzim edilmiş bulunmalıdır.

Temas camı üzerindeki noktaların ikisi amudî, ikisi ufki nisfnehar üzerine gelmelidir. Amudî şuan gözün teşrihi mihverinden geçebilmesi için başa (Wätzald - Langenhan) vaziyeti verilir. Merkezi şuala gözün teşrihi mihverinin tanzimi ve saire normal göze nazaran yapılacağından daha evvel gözlerin yekdiglerinden olan açıklığı tayin ve ampule o kadar deplasman yaptırıldıktan sonra grafi yapılır.

Gözde (Convergence) veya (Divergence) varsa miktarı tayin olunur.

Sonra diğeri göze o nisbette inhiraf verilmek suretile hata tashih olunur. Canibî radyografi için başın kuddaki halfi müstevisi plaka tamamiyle muvazi olacak şekilde baş yan olarak tatbik olunur, ve resim yapılır. Radyogramlar hazırlandıktan sonra cismi ecnebiyi lokalize etmek için : Birinci plak üzerinde azmı vecenâ ile cephinin mafsallandığı mütenazır iki nokta (tababogen) arasına bir hat resmolunup kontak camı üzerindeki mütenazır dört noktanın klişedeki zıllarının arası vasıl olunmak suretile merkezi tayin olunur. Bu noktadan geçmek ve evvelki ufki hatta muvazi olmak üzere diğeri bir hat resmolunur. Cismi ecnebi ile merkez arasındaki mesafe pergerle ölçülür, bulunan miktardan üzerinde onda bir indirilir. Şema üzerinde merkezden itibaren bunun iki misli alınır, ve tevafuk ettiği meridyen işaret olunur. Bادهu cismi ecnebinin bulunduğu nokta ile merkezden geçen ufki hat arasındaki mesafede ölçülerek aynı tarzda onda bir tenzil ve iki misli alınarak Şemada pergerle evvelki meridyenin hangi mahalline tevafuk ettiği işaret olunur. Bu nokta cismi ecnebinin bulunduğu meridyenden ibaretir. Bu suretle hangi nisfnehar üzerinde bulunduğu ve gözün merkezinden olan mesafesi tayin edilir. Cenbî klişede kontak camındaki dört noktadan ikisi süperpoze olacağından yalnız üç nokta vardır. Üç noktadan bir hat resmolunur. Cismi ecnebiden bu hat üzerine amut çizilir, Şema üzerinde evvelki gibi hareket olunur. Bu suretle cisman karniyeden itibaren olan derinliği tayin edilmiş olur.

Şema tabii gözün iki misli olarak yapıldığından dolayı bu tarzda hareket olunur.

Guddei nuhamiye tümörlerinin radyoterapisi

Radyoloji

The radiological society of mort Amerika

Ceviren

Ankara : Konya hastanesi Röntgen mütehassisi

William Harres M. P. Herman Sellinky

Dr. İsmet

Röntgen şuaı : guddeyi nuhamiye tümörlerinde bir tedavi tarzı olarak ilk defa *Oramegna* ve *Béclère* taraflarından yirmi sene evvel kullanılmıştır. En yeni literatürlerde, *Sgalizer Béclère*, *Heinemann* ve diğer müelliflerin raporları bu şekli tedavinin geniş bir saba aldığını gösterir. Mevzumuz guddeyi nuhamiye tümörlerinde görülen tarihi güçlüklerle temas edecek değildir, yalnız ; cerrahlı usullerin her vakit şayanı memnuniyet netayıç vermediğini söylemek lazımdır. *Hence* diğer tedavi vasıtalarına ilâveten röntgen tedavisinin mühim bir kıymete malik olduğunu göstermiştir. Guddeyi nuhamiye tümörlerinde röntgen tedavilerinden elde edilen faydeli mesailerle bu mıntaka ve taşrada müsait neticeler kaydedilmiştir. Tecarüp, müşahitlere Röntgen tedavilerinde tümörün tipinin (radiyosansibiletisinin) hafzi ehemmiyet olduğunu göstermiştir, bu suretle guddeyi nuhamiye nin kistik tümörleri amik Röntgen tedavisine fazla radyoresiztan oldukları halde ezoinifilik adenomalar sür'atle cevap verirler. Bu müşahede elde edilen netayıçteki büyük farkları izah eder. Bizim şimdiki mesaimiz seriri âraz itibarile rüyet teşevvüşü, baş ağrısı, dispitüvitarizm ve serci türkide radyografik tagayyürlerle tezahür eden onüç guddeyi nuhamiye tümörüne hasredilmiştir.

Tablonun tefsiri :

Mütehakkim âraz :

1 — Beş vak'ada baş ağrısı 2 — onbir vak'ada rüyet teşevvüşleri (sabayı rüyet veya kuvveyi rüyetin mahdudiyeti) 3 — Beş vak'ada polidipsi ve poliyüri 4 — Onbir vak'ada akromegali veya distrofi adipojenital 5 — On kadının yedisinde tamis ademi intizamı 6 — Üç vak'ada uyku hali.

Cins ve kesret :

Yukarda zikredilen onüç vak'anın on tanesi kadındı. Hastaların yedisinde tams ademi intizamı veya tevekkufu kesretle görülen ârazdı, bu seride evli bulunan dokuz hastanın sekizinin ârazın tezahüründen evvel çocukları vardı. Erkek hastalar ademi iktidardan müşteki idiler.

Serci türki tahavvülâtı :

3 ve 11 numaralar müstesna olmak üzere bütün vak'alarda serci türkilerinde muayyen erozyonlar arzedyorlardı.

Dispitüvitarizm tipi :

Bazı vak'alarda muhtelif tip alâimi vardı, tasnif tefevvuk eden âraza göre yapılmıştır. 1 2 4 6 9 12 13 numaralı ipopitüvitarizm ve 3 5 7 8 11 deiperpitüvitarizm olarak

tesbit edilmişlerdir. No. 10 dispitivitarizm arazi göstermiyor seriri olarak guddeyi nubayede bir tümörün mevcudiyetini şüphelendiriyordu.

Teknik :

Teknik, iki veya üç gün fasıla ile dokuz seri tedaviden ibarettir. Her tedavi eritem dozunu % 20—60 ı kadardır, 860 vahidi bir eritem dozuna müsavidir. Mutat olarak, biri cepbi, ikisi sudgi olmak üzere üç babı dahil kullanılıyordu. Her saha bir eritem doz alıyordu. Filtr yarım milimetre bakır ve bir milimetre alüminüydü. Kilovolt 180—200 dü, tedavi serileri arasında üç ila altı ay kadar birzaman geçiyor, bir numaralı yalnız bir vak'ada röntgen tedavisini süpraseller dekompressiyon ve entranazal radyum tatbiki icap ettirilmiştir.

Tedavi netayici :

Araz :

Baş ağrısı — Bariz araz olarak mevcut olan beş vak'anın üçündeki baş ağrısı tahaffuf etmişti.

Rüyet teşevvüşü — Rüyet teşevvüşünden müşteki olan onbir hastanın dokuzu tedaviden faide görmüşlerdi, Bitamporal emiyanopsi ile beraber asabı basarı atrofisi mevcut olan hastalarda da salâh husule gelmiştir sahayı rüyetin pek az mahdudiyeti ve kuvveyi rüyetin pek fazla oluşu salâha delâlet ediyordu. Hülâsa olarak, büyük salâhların daha ziyade erken tedavi edilenlerde husule geldiği şeyanı zikirdir.

Polidipsi ve poliyüri — Ensibit diyabet arazi gösteren altı vak'anın üçünde arazda mahdut tenakuslar olmuştur.

Dispitivitarizm — *Brepen* ve diğer bazı müellifler büyüyen iskeletin küçülebildiğini söylerler, filhakika tedaviden sonra bu hastaların daha küçük potin ve eldiven giymelerile iskeletteki tesiri gösterilmiştir. Keza diğer bir hasta No 5 üçüncü seri tedaviden sonra ailevi tarafından yüzünün artık o kadar büyük olmadığı ifade edilmiştir.

Tams ademi intizam — Tatbik olunan tedavi ile üç vak'anın adetleri tekrar zuhur etmiştir. No. 3 de avdet eden adetlerini azar azar muntazaman devam etmekte olduğu görülmüştür. No. 2 de her tedavi serisinden sonra iki defa tams seylanı oluyordu. No. 6 da intizama giren tamsi tekrar ademi tintizama başladı. Diğer amenoreik hastalardan bazıları normal olarak menoroze oldukları halde daha uzun bir müddet tamsları devam etmiştir.

Uyuku hali — Dort vak'ada tedaviden sonra uyanıklık tesbit edilmiştir.

Müteakip serilerin kıymeti :

Hemen denilebilir ki üçüncü seri tedaviden sonra salâh yoktur. Filhakika en büyük salâh birinci veya ikinci amik tedaviden sonra müşahede edilir. Üçüncü seri tedavilerden sonra mahdut salâhlar görülür.

Müşahedelerin devamı — Bu vak'alar dokuz aydan altı sene gibi mutelif zamanlarda takibedilmişlerdir.

Tefsir :

Beclere'in söylediği gibi teknikteki tehavvül Röntgen tedavisinde iyi netayic elde edilmesinden dolayıdır, bizim vak'alarımızda da teknik değiştirilmiştir, bu tehavvül daha ziyade eski olan 9, 11, 13 numaralı vak'alarda olmuştur. Tekniğin değiştirilmesi daha ziyade tümörün radyosansibilite derecesine merbut Kistik teşekkül, mikroskopik delail

bazı vak'alarda radyoterapiyi terkettirecek sebeplerdendir. Filhakika II inci vak'a buna güzel bir misal olmuştur ki otopside kraniyofarenjeal bir kist görülmüştür. Dokuzuncu vak'ada da aynı şekilde bir tümör ameliyatla ihraç edilmiştir. Onuncu vak'a amik tedaviden sonra geçici bir salâh göstermiştir.

Röntgen tedavisinin hakiki kıymeti cerrahi müdahale ile mukayese edilecek olursa : Cerrahi müdahalelerde görülen ani ölümlerin mefkudiyeti ile beraber müfit netayicin elde edilmesi dolayısıyla radyoterapi cerrahi müdahalenin yerini tutmuştur. Şüphesiz bazı üryan vekayide cerrahi müdahale endikedir. (Rüyetin tenakusile beraber tazyiki dimağinin tezayüdü). Beyanatımıza nazaran guddei nuhamiye tümörlü arazi gösteren vakayide ilk defa radyoterapi tatbik etmeli ve cerrahi müdahale bu tedaviden istifade etmeyenlere tatbik edilmelidir. Cerrahi müdahaleden sonra da Röntgen tedavisinin tatbik edilebileceğini ilâve edebiliriz yardımcı bir usul olan bu usul de mutad bir arazdır.

Netice :

On üç guddei nuhamiye tümörlü Röntgen tedavisine arz edilmiş ve üç ay fasıllı olmak üzere uzun zaman müşahede edilmişlerdir.

2 — On üç vak'adan onu kadın üçü erketi,

3 — Andokrin disfonksiyonumati, sekiz vak'ada ipopitüvitarizm ve dört vak'ada iperptüvitarizm tezahüratından ibarettir.

4 — On yedi vak'dan yedisi aşikâr olarak tedaviden istifade etmiş ve birisi de muvakkat salâh göstermişti. En ziyade tesbit edilen baş ağrılarının salâhı idi. Hiç bir vak'ada alâim temamille kaybolmamıştı.

5 — Tedavi tatbik edilmeyen kistik tümörlerdî.

6 — Guddei nuhamiye tümörü teşhisi vazedilen hastalarda cerrahi müdahale yapılmadan evvel Röntgen tedavisi tatbik edilmedir.

Radyopatoloji hakkında klasik malûmat :

Klişede ve Radyoskopi ekranında görülen zılların tefsir ve delâletleri

Dr. Kâzım Nurl İcğören

Hazım borusu :

Hazım borusu röntgen şuaı ile doğrudan doğruya görülmez içerisinde kesif bir madde ile doldurmak lâzımdır. Doldurmak için en ziyade sulfate de baryum creumex kullanılır. Vaktâ bu şerait altında hazım borusunun cidarları görülmez ancak dahili sathına ait en ufak bir deformation derhal kendisini gösterir. Bilhassa, girintili çıkıntılı, inhifaz, oyuklar, tonisite, contractilité mobilite motilité ve bunlarda husule gelecek tebeddülât nazarı dikkatî celbeder. Cidarı mütalââ için baryümü ince tabaka halinde cidare yapışdırma usulü tatbik edilmektedir Relief yahut ince tabaka usulü.

Meri : Bu uzuvda en çok darlıklara tesadüf olunur. Radyoloji darlıkların mevki, şekil, vüsat ve tabiatı hakkında bizi tenvir eder. Meri adalı - gısaî bir mecradır. Hafifce sineux olup istikameti amudidir. Amudu fikarî ile kalbi veaf zıl arasında seyreder. Cephi vaziyette amudu fikarî zıllı tarafından örtüldüğünden görülmez. On ve sağa çarpık (münharifi kuddami eymen) ve ön sola çarpık (muharifi kuddamî eyser) vaziyette kalp ile amudu fikarî zıllı arasında bulunur. Sulandırılmış baryüm 1—2 saniyede, kaşe 2—6 saniyede, Meriyi kat eder. Tabii olarak Meride dört darlık yeri vardır. Halkavî, epheri sürrevi, hacizî. En darı epheri tazayyukdur. Normal Meride barym ustuvanı, kesif bir sütun manzarasında görülür, muhtelif sebeplerle bu manzara değışir.

Tazayyuklar :

Her nevi tazayyukta baryumun darlık mahallinde tevakkufu görülür. Meri spazmında baryum tazayyuk mahallinin fevkinde müteaddit inme ve çıkma harekâtı yaptıktan sonra birdenbire spazm zail olur ve baryum (en bloque) mürur eder hakikî darlıkta baryum darlık mahalline tevakkuf eder. Biraz sonra bu kitleden küçük bir parça ayrılır, darlık sahasının uzunluğu ile mütenasip olarak haytî şekilde geçer. Haricî tazayktan mütevellit darlıklarda bu kanal ekseriya pek uzun olmaz darlık mahalli azdır, Darlık mahallinin üst tarafında genişleme az ve yahut yoktur. Tazyik eden sebebi de radyoskopi ile test ekseriya zor değildir. Münassıf tümörü Aver ektazisi v.s. gibi. Uzvi darlıklarda darlaşma fazla ise bu mahallin üst tararafında Meri tevessüü etmiştir. Nedbevi darlıkların muayyen mahalli yoktur. Resimde veya ekranda muhiti muntazam karı müdevver, fıçı şeklinde görülür. Bu zıllın kaidesinde kutru muntazam umumî bir zenep vardır.

Kanserden mütevellit tazayyuklar ekseriya Merinin orta veya aşağı kısmında tevazzu ederler, bu mahalde Merinin muhiti gayrimuntazam déchiqueté, enfractueux olup darlık arzeden kanal sineux dır. Siasî gayrı muntazam muhiti déchiqueté dir. Bunlardan başka sabit olmayan bir araza da kardiyanın açık olmasıdır. Bununla beraber kanser için zikrettiğimiz bu ârazlar daima kat'î delâlete malik olmadıkları gibi bariç olarak da her vakıt bu şekilde görülmezler. Bazan müphem ve karışık manzara arzederler Kansere

has gibi zikredilen gayrimuntazam manzara nedbevi istenozlarda bulanacağı gibi kanserden mütevellit tazayuklarda da ademi intizam bulunabilir.

Cardiospazme :

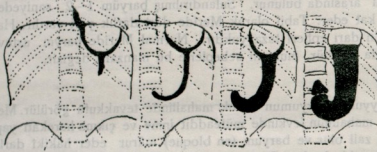
Kardiyann spazmodik darlıkları merinin bosselure arzmetmeyen tevessüllerle müterafıktır. Meri gerilmiş vasf arzeder. Tevessüün aşağı kısmı müdevver veya fıçı şeklindedir. tahliye darlaşmış olan kardiya vasitasile yavaş yavaş husule gelir. spazm birdenbire zail olarak aniyen boşalır.

Diverticule ler :

Meri divertikülleri az görülür, seriri olarak teşhis güçtür teşhis daha ziyade radyolojikdir. divertikülün mevcudiyet, şekil, mevki, büyüklük, ve divertikül mevcut olup olmadığı hakkında seririyatı ancak Röntgen muayenesi tenvir eder. Meri divertikülleri iki sebepten mütevellit olabilir.

1. Çekilmeden, 2 itilmeden. çekilmeden mütevellit divetiküller harici ve iltihabi esbaptan mütevellit olup bizi en çok âlâkadar eden ikinci nevi divertiküllerdir.

İtilmeden mütevellit divertiküller ekseriya merinin yukarı kısmında gudruflu halkavi civarında ve meri cidarı halfisinde tevazzu ediyor. Bu nevi vak'alarda baryum sütünü retiş mahalline geldiği zaman ikiye ayrılır. Bir kısmı aşağıya doğru seyrine devam eder. Diğer bir kısmı tevakkuf ederek asılmış bir leke tarzında kalır, bu leke beyzî veya yuvarlak retiş cevfini dolduran kesif maddeden ibarettir. Merinin sair kısımları boşaldığı halde bu leke sebat eder. Büyüklüğü ceviz, fındık, nohut veya bir çocuk başı kadardır. Retiş bazan kalp ve Avertu taziyek ederek iter kuddamî - halfi muayenede kalbi - veai zilli iki tarafa tecavüz eden serbest mayi seviyesi görülür.



(Şekil - 1)

Mide :

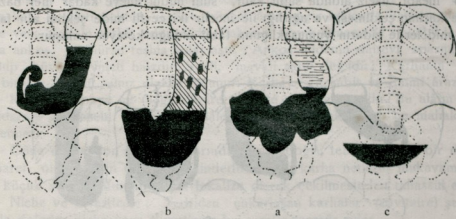
Mutat muayene kaimi vaziyette aç karnına 3000 santimetre mikâbi lait baryte verilerek yapılır. Radopak maddeyi vermezden evvel sel hicabi haciz altında yuvarlak, beyzî veya ihramî şekilde hava cevfi (poche à aire) görülür.

Tabii midede dolma şöyle olur : Meriden geçen kesif madde kardiya seyrini biraz hafifleterek hava huveysalı dahiline girer ve sonra midenin sağ hududunu takibederek midenin en engin mahalline vasil olur. Ve derhal şeklini değiştirecek virgöl, çengel veya j harfi şeklini alır. Bu zillın yukarı seviyesi hava beybi altında genişler, hudutları muntazam ustuvanı şekil alır. Büyüklüğü mideye idhal olunan mikdarla mütansipdir (Şekil - 1).

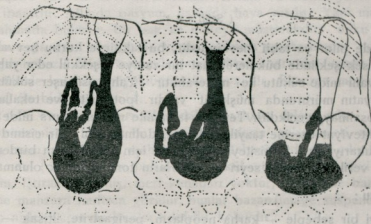
300 s.mm. mikdar normal bir mideyi doldurmaya kâfidir. Temamile dolmuş bir mide

hicabi haciz altında uzun bir torba şeklinde teressüm eder istikameti amudi olup sol hasırda bulunur, aşağı kısmı sağa münharifdir. Ulvi kısmı hava cevfi altında ufki seviye arzeder bu kısım büyük hadbeye tevafuk eder amudi kısım mide cismini teşkil, münharif kısım antruma tevafuk eder. Bevabın açık veya kapalı olmasına göre mide zıllı ya isnaaşerle temadi eder yahut pilorda kesilmiştir (Şekil - 2 a).

Tabii şekiller : [*]



(Şekil - 2)



(Şekil - 3)

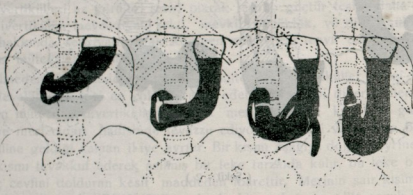
J. şekli kesretle tesadüf edilen tabii şekillerdendir. Boynuz (estomac en cerne) şeklinde mide yukardan aşağıya ve soldan sağa münhariftir. yukarı kısmı geniş, aşağı kısmı dardır. Çengel şeklinde (estomac en crachet) antrum mide cismi ile hat bir zaviye teşkil eder. Çorap şeklinde mide (Est. En en chaussette) tersine çevrilmiş L harfine benzer.

Boynuz şeklinde midelerin karı sürreden yukarda, J veya tesirine çevrilmiş L şekli midelerin karı sürre civarında bulunur. Bu iki şekil arasında muhtelif eşkâl vardır ki midenin süfli hududü ya sürreden yukarda, yahut biraz uzamış veya suküt etmiş olup sürreden aşağıda bulunur. Karı bazan aneye kadar iner. Pletoriklerde daima yukarda, zaif şahıslarda aşağıda bulunur. Midenin şekline bakarak marazî veya tabii olduğuna hüküm olunamaz ancak midenin harekât ve cidarlarını mütalâa ederek bir karar vermek mümkündür.

[*] (Şekil - 1, 2, 3, 4).

Normal midenin tahliyesi (sulandırılmış baryumla) bir buçuk, beş saat arasındadır. Tahliye dolduktan bir kaç dakika sonra başlar, tekallusat inhinaların orta kısmından başlar büyük inhinada daha barizdir. Mevceler pilora doğru seyrederek muhteviyatın bir kısmını pilordan atar. Fakat her mevce mutlaka bir kısım yemek geçirmez, yani pilor her tekallusa itaat ederek açmaz.

Süküt : Umumiyetle midenin gayrı tabii olarak uzamasına bu isim verilir. Hakiki tevessü mide tonisitesinin azalması ve cidarın asthénisi ile müterafaktır. Böyle midelerde ulvi kutup hicabı haciz altında sabit kalır, süfli hudut aneye kadar iner bazan orta kısmı mide karinin çekilmesi ve ağırlığı ile incelik iki cevfli mide şeklini alır fakat ces ile bu gibi midelerde cidarın yumuşaklığının tabii olduğu kolayca anlaşılır.



(Şekil - 4)

Süküt vekayinde pilor ya tabii mevkindedir, bu takdirde kurbu bevabı kısım uzar ve sağr inhina dirsek şeklinde bükülerek hat bir zaviye teşekkül eder yahut pilor mide ile birlikte iner yani mide sükütü ile müterafaktır. Yahut isnaafer sükütü yoktur Bu şekillerde muhteviyatın mürurunda müşkülât vardır. İpotenite ve tekallusat zafiyetide inziman ederek boşalmayı geciktirir. Tonisite tamamille madum olurs mide mütevessidir. Cidarlar artık muhteviyat üzerine tazyik edemez, dolması atıl bir cisim olduğu gibi gibi aşağıdan yukarıyadır. Tonisiteyi eyi tetkik için kesif taam birden içirilmemeli evvelâ bir yudum verilerek bunun seyri ve cidarların tonusu tetkik olunmalıdır.

Bevap istenozu :

Bevap herhangi bir sebeple — karha neoplazm, perigastrite, iltisak — darlaşmış ise evvela bir muavazaa safhası husule gelir, bu devrede mide adalesi maniaya galebe için mücadele eder. Bu devrede mide küçük ve iperkinetikdir. Fakat kurbu bevabı bir tevessu, segmentaire bir genişleme vardır. İstenoze vak'alarında aç karına hava ceypi altında mayı görülür. (Rükûdet mayii) bu takdirde dolma tabii değildir. Mideye giren baryum kar serpintileri şeklinde iner midenin kar'ı çok genişir, baryum burada geniş bir sahada yayılır, (cuvette) şekli alır (Şekil - 2 c). İki seviye vardır, birisi aşağıda baryumun, diğeri bunun üstünde olup rükûdet mayiine aittir. Yukarıdaki mayi daha (claire) dir (Şekil - 2 b). Bazı normal midelerde görülen ve dolduktan sonra baryum tabakası üzerinde teşekkül eden (hypersecretion)dan mütevellit mayii rükûdet mayi ile karıştırılmadır (Şekil - 2 a). Stenzolarda bazan uzun istirahat devreleri vardır, bu devrede midede takallüs görülmez. Takallüslerin şiddeti stenzonun derecesine ve mide tonusuna tabidir. 8 bu itibarla boşalma müddeti 24 saat veya daha ziyade devam eder (Şekil - 2 c).

Uzvi stenzolarda bu âraz sabit ve daimidir. Pilor spazmalarında mütekattidir. Gayrı

sabittir, spazm vak'alarında iperkezezi şiddetli olur fakat bunu relachement devresi takip etmez. İperkezezi devreleri arasındaki zamanda mide kontraktüre'dir, takallüs zail olduğu zaman mide normâl şeklini alır. Stenoz spazmla birlikte bulunabilir, tam olmayan bir stenoz munzam bir spazmla mütekattin kapanabilir.

Müzmin karha :

Inhinayi sağır karhaları çok görülür, nisbeti 80 % dir. Başlangıçta direct âraz vermez, iperkezezi, spazm pilorik, tahliye teahhürü gibi indirect âraz verir. Bunların hiç birisinin kat'î delâleti yoktur, yegâne müsbet âraz sağır inhinada karhaya tefavuk eden mahalde veca hissinin tesbit edilmesidir. Bahusus tazyik eşnasında mukabil tarafta büyük inhinada ankoş görülürse teşhis kolaylaşır. Ankoş midenin dairevî spazmından mütevellit olup büyük kıymeti haizdir. Şekli, mevkii sabit değildir. Karhanın diğer sabit ârazilere birlikte, yahut yalnız olarak bulunur. Karhaya ait sabit ve daimî âraz şunlardır.

1 — Küçük inhinaya ait (segmentaire) rigidité ve rectitude'dır. Bu alâim o mahalde mide cidarına ait nescin irtişahına delâlet eder. Mide takallusatı bu mahalde kesiktir, devam etmez.

2 — Cône d'attraction : Mide cidarında harice doğru tebarüz etmiş bir deformation dan ibaret olup bazan düğme şeklindedir. Sathî karha neticesi mukavemeti azalan cidarın küçük serp tarafından gayet lokalize olarak çekilmesinden tahassül eder.

3 — Niche ve diverticule : Tedricen çukurlaşan karhalar (cavitaire) şekil alarak baryumla dolarlar niche veya diverticule bu suretle teessüs eder.

Niche typique : Bu bir nevi divertiküldür. Zemin ve muhiti yuvaktır, muhteviyatı iki kısımdan ibarettir. Altında baryum, üstünde hava vardır. Yani manzarası hidroaerikdir. Güçük inhinada bulunur, bir unku ile mideye müşterekdir, unku bazan dar, bazan genişdir, kısa veya uzun olduğu da vardır, daima muntazamdır, tarif edilen şu şekil sabittir, değiştirilemez. Mide tamamile boşaldıktan sonra da (image suspendue = boşlukta leke) şeklinde kalabilir büyüklüğü mütehavvildir. Ekserya mediogastrique (boğum = biloculation) ile birlikte bulunur.

Atipik niş : Bu nevi niş cidarı mide dahili karhaya delâlet eder. Cidarın bütün kalınlığını işgal etmemiştir. Ancak bu mahalde cidarın mukavemeti azaldığından mideyi dolduran baryumun tazyikle bu mahal dışarıya tebarüz ederek çıkıntı husule gelmiştir.

Adeta bir nevi (diverticul de pulsion) teşekkül etmiştir. Bu nevi nişlerin muhitleri gayrimuntazam, iştirakları geniş, merî kanatları yoktur, tamamile baryumla dolmuştur. Hydro aérique manzara nadiren görülür, bunlar bazan (image suspendue)de verebilirler.

Bazı kâzip nişler varsa da bunların tefriki kolaydır.

Karha ârazı arasında zikredilen «karha etrafında mide gışayı muhatısına ait şuaî kıvrımlar» varsa da, bu âraz gayrı sabittir, büyük bir kıymeti yoktur.

Karha neticesi küçük inhinada bazan tekemmüş veya zavıyeleşme (angulation) görülür. Tekemmüş pilor yakınında ise pilor yukarı çıkmış olarak görülürse mide helezon veya (Escargot) şekli almıştır.

Karha vecihlerde veya mide kısmı ulvisinde bulunursa teşhis güçtür.

Kanser : İki şekilde tezahür eder. 1: irtişahdan mütevellit mütekemmis, 2: lacunaire zil.

Cidara ait irtişah (rigidité) ve takallusatin madumiyeti şeklinde tezahür eder, başlangıçta teşhis oldukça güçtür, ilerlemiş devrede tekemmüş görülür.

Limite plastique totale da irtişah pilora kadar intişar etmiş ise mide rigide ve elastigi olmayan bir tüp şekli almıştır. Bevap daima açıktır (küçük mide = microgastrie) hali vardır. Mide büzülmüş, yüksekte, sağa tebdili mevkii etmiş, azçok üstuvanî şekil almış-

tır. Muhtitler gayri muntazam, ve hareketsiz olup hiçbir suretle kabili tadil değildir, boşalma ve dolmasında hususiyet vardır. Mideye dahil olan baryum şekil vermeksizin açık olan bevaptan mürür eder. Eğer mide birdenbire doldurulursa atıl bulurlarda olduğu gibi bir kısmı meride bir kısmı midede olmak üzere mütemadi bir zil verir.

Mide kanserleri mide cevfine doğru çıkıntılı olmadıkça X şuaile kabili meri değildirler içeriye doğru çıkıntı husule gelmişse mide baryumla dolduğu zaman tümörün çıkıntısına tevafuk eden mahaller baryumla layikile dolmadıklarından bu mahallerde (lacunaire, encochée, écornée şekiller husule gelir adeta midenin bir kısmı amport piyesle kaldırılmış gibi görülür.

Tümör ekserya pilor nahiyesinde ve büyük inhinada bulunur, muhtelif eşkâl arzeder. Hududu bazan muntazam bazan gayri muntazamdır. Bulanık, dantele, aşınmış şekiller arzeder. Lakün ün büyüklüğü muhtelifdir, bazan midenin büyük bir kısmını şamildir bazan her iki inhinada vardır. Dar ve açık bir berzah ile birleşen iki lakün görülür. Tümör bazan bevapta tevazu ederek hakiki bir darlık husule getirir, bu darlık az çok karakteristik olup tünel şeklindedir. Lacune un karakterinden birisi sebat etmesidir. Muhtelif avamil tesirile husule gelen kazıp lakünler gerek manevra, gerekse zamanla şekillerini değiştirir veya zail olurlar. Çünkü mide cidarına ait yumuşaklık bakidir. Bazan tümör mide cevfi dahiline doğru büyümek bilâkis harice doğru büyür böyle vak'alarda lakün görülmez hudut muntazamdır fakat dikkat edilirse bu nahiyede takallüsat bulunmadığı görülür.

Midenin kuddam ve ya half vecihlerine ait kanserlerde cephi muayenede basit bir lakün arzederler. Hudutlar âfete iştirak etmediği için normaldir. Bu vak'alarda mide baryumla tamamilé doldurulursa lacune veya herhangi bir sui şekil görülmez çünkü ön veya arkadaki baryum tabakası tarafından kapatılmışdır. Halbuki bu vak'alarda cenbi muayene yapılırsa vazih lacune şekli elde edilir lacune le birlikde görülmesi lâzmgelen vazifevi teşevvüşat tümörlerin (localisation) ve inişarına tebean denişik eşkâlde görülür.

Mide mayile dolu iken baryum verilerek veya eyi doldurulmamasından mütevellit, yahut mücavir uzuvların, kolon gazlarının tazyikile husule gelen kâzip lakun şekilleri ve périgastrite den mütevellit (déchiqeté) manzaralarla tahtelmuhati tümörler ve muhati poliplerinde lakün manzarası verebileceğini unutmamalıdır. Biraz dikkat ve itina habis evrama merbut olmayan bu nevi tümörlerin teşhisine kâfidir.

Bazı müzmin gastrite lerde büyük inhinada görülen dantele ve vermonlu manzaraları da nazarı dikkate almak lâzımdır.

İki cevflilik = biloculation : midenin orta kısmından iki cevfe ayrılması suretile tezahür eder. İki cevfi birleşdiren darlığın kutru ve uzvnluğu mütehavvildir. Böyle midelerde midenin dolması iki zamanda vukua gelir. Evvelâ yukarı boşluk dolar bunun zemini yuvarlakdır. Siası vak'adan vak'aya denişir. Bu zil midenin tabii mevkiinden daima yukardadır. Darlığın derecesine göre bir kaç dakika veya bir kaç saat sonra alt cev teşekkül eder. İki cevfin arasında dar bir kısım vardır bu darlık fazla ise yukarı cev büyük aşağısı küçükdür. Darlık pek fazla değilse aşağı cev büyük ve eyice dolmuştur yukarı cev küçükdür süratle boşalır ces ile aşağı cev muhteviyatından bir kısmını yokariki cevfe iade mümkündür.

Karhadan mütevellit (mediogastrique) tazayyuklarda tazayyuk mahalli gayri muntazam ekserya sağa çekilmiş ve bir niche mevcuttur. İki cevfli midelerde perigastir olup olmadıkları, cevflerin boşalma müddetlerini karhanın mücavir uzuvlara açılıp açılmadığını tayin ve tedkik etmek, cerrahî müdahalelere azami derecede faydnlı olmağa çalışmak mühim bir noktadır.

Kanserden mütevellit iki cevfilik vak'alarında (Lacunaire) zil vardır. Hudutlar gayri muntazam échancrure = kavis şekli arzeder. Aynı zamanda perigastrique iltisak varsa midenin orta kısmında mobilite azalmıştır. Geçici iki cevfilik bir muayenede başka türlü, diğerinde başka türlü tezahür eder. Sabit değildir. Atonique ve disloqué midelerde sagir inhina karhalarında görüldüğü gibi harici sebeplerden mütevellit (biloculation) larda vardır. Bu sebepler (tümör, aérocolie, aërogastric v. s) den ibaret olabilir.

Aërogastric : hava yutan ve yutduğu havayı çıkarmayan bazı kimselerde midenin yukarı kısmı büyük bir cevfi halinde görülür bu cevfi hicabı haciz ve kalbi yukarıya kaldırır. Böyle vak'alarda midenin büyük hadbesinin teşrihi teşekkülâtı sebebiyle bu kısım halfe doğru fazla genişler ve bir küvet şekli alır. Alınan baryum midenin kalını kısmına inmezden evvel burada toplanır alt kısmına sonra iner. Alt kısım önde bulunduğundan iki cevfilik bir şekil hasil olur. Yukarı boşluk arkada, aşağı boşluk öndedir. Yukarı cevfi cupule = aşağıdaki şampanya bardağı şeklindedir. Böyle midelere kaskad şekli mide derler.

Aërocolie : kolonlarda fazla miktarda gaz bulunması da midede şu şekli mncip olur. Bu şekilsizlikler : iki cevfilik, kaskat şekli, tam veya yarım (dönme = torsion) ve volvulus şekilleridir.

Kodak madeni çerçiveler

Yurtta elektroyoğunlukla çekimler

Yurtta elektroyoğunlukla çekimler için kodak madeni çerçiveler kullanılmaktadır. Bu çekimler için kodak madeni çerçivelerin kullanılması, çekimlerin daha net ve keskin olmasını sağlar. Çerçivelerin kalitesi, çekimlerin netliğini ve keskinliğini doğrudan etkiler. Kodak madeni çerçiveler, çekimlerin daha net ve keskin olmasını sağlar. Çerçivelerin kalitesi, çekimlerin netliğini ve keskinliğini doğrudan etkiler. Kodak madeni çerçiveler, çekimlerin daha net ve keskin olmasını sağlar. Çerçivelerin kalitesi, çekimlerin netliğini ve keskinliğini doğrudan etkiler.

Türk radyolojisinin tarihçesi hakkında birkaç söz.

Türk ilim adamlarının hoşla gitmeyen bir tarafı var. Çok mütevazı görümemek... müshadedelerini, hatta travay ve etüdlerini neşr ve tamim etmemek, yahud nadiren yapmak...

Bu neticeyi doğuran psikoloji ne olursa olsun zararlıdır.

Halbuki Garb ilim âleminde en basit şeylerin bile neşr, tamim edildiğini hergün görüyoruz. Bu ihmalin bize hayli bahalya mal olduğu muhakkak. Çünkü milli literatür, milli kütüphane o nisbette fakirleşiyor demektir.

Radyolojinin umumi tarihçesini tedkik ederken ne kadar basit hadiselere bile değer verilerek yer ayrıldığını görüyoruz. Bu bakımdan Türk radyolojisinin tesisinde kimlerin âmil olduklarını nasıl çalıştıklarını ve muasir radyolojik terakkiyi nasıl takip ve Türk yurdunda tesisine uğraştıklarını bilmenin ve bildirmenin önemli bir vazife olduğunu düşünerek Türk radyolojisinin tarihçesini yazmaya karar verdim. Bu teşebbüsün o kadar kolay olmadığı muhakkak. Çünkü doğru malumat alabilecek yazılmış menba yok gibi... Aneak o devri yaşamış ve henüz hayatta olan meslek üstadlarından malumat toplamak lazım... Bu iş hiçte uzatacak bir mevzu değil... Bu önemli iş eğer ihmal edilirse Türk tab tarihinin bu bahsi aydınlatılmayacak derecede kesif bir karanlık arz edecektir.

Bu mevzu etrafında en ufak malumatı olan hekim arkadaşlardan yardım bekliyorum... Bu güne kadar yaptığım tedkikler ilk Türk radyologlarının bu sahadaki gayret ve süratlarının çok şayanı şükran olduğunu göstermiştir. O derecede ki X şuanın keşfinden bir kaç sene sonra bizde de tatbikata geçilmiştir... İlk zamanlar kısa müddette hayli şeyler yapılmış ve muasir Avrupa radyolojisinin tıbbî tatbikatta verebildiği randıman kadar iyi neticeler alınmıştır. Ancak sonraları her şeyde olduğu gibi bermutad takib kuvveti azalmış ... ve nihayet gün gelmiş ki radyolog ve röntgen laboratuvarı resmî teşkilâtta tıbbî formaliteyi sadece tamamlayan bir eleman mahiyeti almış, kaliteden ziyade şekle kıymet verilmiştir.

Biz Türk radyolojisinin tarihçesini tedkik ederken Türk radyolojisinin ilerileme ve olgunlaşmasında faydalı ve zararlı olan unsurları da mümkün olduğu kadar incelemeye çalışacak ve Türk radyolojisinin olgunlaşması için düşündüğümüz çareleri de ilâve edeceğiz.

Dr. Kâzım Nuri İçgören

Yurtta elektroradyolojik hareketler :

Türk Elektroradyoloji Cemiyeti bu sene ilk içtımama 27. 11. 36 de Türk Tıp Cemiyeti binasında yapmıştır. Bu toplantıda çok alâka uyandıracak mevzulara temas edilmiş ve 11. 12. 36 da aynı yerde tekrar toplanmağa karar verilerek mevzunun ciddi-yet ve değerine binaen her üyenin mutlak surette gelmesi temenni olunmuştur.

Bu sene Viyanada toplanan radyoloji kongresine Radyoloji Enstitüsü Direktörü Prof. Dessauer, Doçent Dr. Muhterem ve Tefvik iştirak etmişlerdir.

Türk Tıp Cemiyeti tarafından seçilecek en değerli orijinal esere verilmesi kararlaştırılan (Zambago Paşa) mükâfâtı musabakasına iştirak eden eserler arasında Cerrahpaşa hastanesi Röntgen mütehassısı Dr. Kâzım Nuri İçgören'in müzmin apandisit Röntgenle tedkikini dair yazdığı orijinal travayı seçilerek mükâfata lâyık görülmüştür.

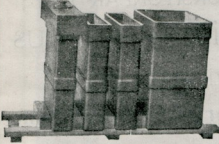
Dr. Kâzım Nuri İçgören i tebrik ederken bu mükâfâtın bir Röntgenci tarafından kazanılmasının ayrıca bir değeri olduğuna işaret etmek isteriz.

Zükür Hastanesi Radyologu Tarık Temel tarafından (Basala ve insnaşerin seri radyografisi) ne mahsus bir cihaz tasavvur ve imal ettirilerek Fransız Radyoloji Sosyetesinin 1636 Haziran toplantısında takdim edilmiştir. Enerjik mütehassısımızı tebrik ederiz.

Röngen filimlerin Developmanı için

KODAK

SERİ TANKLARI ve MADENİ ÇERÇİVELERİ



BU TANKLARDA
RÖNTGEN FİLİMLERİN DEVELOPMANI
DAHA KOLAY VE EMNİYETLİ OLUR,
İZHAR VE TESPİT BANYOLARI
DAHA FAZLA DAYANIR.



Filimler KODAK madeni çerçivelerle develope oldukları için cızılmalarına ve birbirine yapışmalarına mani olur, iyi yıkanır ve kolay kurur.

Kodak madeni çerçiveler inoksidabl dır

Kodak seri tankları dört tanktan ibarettir tanklar tazyik edilmiş kauçuktan yapılmıştır

KODAK ŞİRKETİ

TÜRKİYE ŞÜBESİ

TÜNEL MEYDANI

TELGRAF ADRESİ :
KODAK, BEYOĞLU

BEYOĞLU

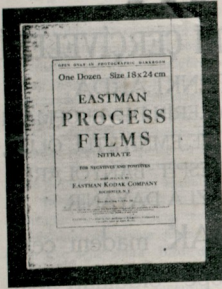
TELEFON:
4-0442

POSTA KUTUSU

— No. 236 —

Reprodüksiyon ve Pozitif için

Kodak Proses Filimleri



HER NEVİ
REPRODÜKSİYONLAR İÇİN
PROJEKSİYONA MAHSUS
POZİTİFLER İÇİN
Kodak proses filimleriyle

DAHA GÜZEL NETİCELER
ELDE EDİLİR.

KODAK NIKKO PARLAK BROMÜR KAĞIDI



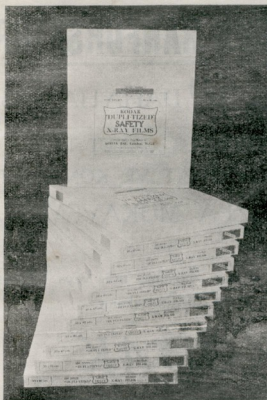
Negatiflerinizden bu kâğıda
kopya çıkarınız.

Nikko kâğıdı daha kontrast
ve daha güzel
Neticeler verir.

KODAK ŞİRKETİ — TÜRKİYE ŞUBESİ

Tünelmeydanı Beyoğlu, Telgr. adresi: Kodak, Beyoğlu. Posta kutusu No. 236, Tel.4-0442

YENİ
KODAK
BLUE BASE SAFETY



HAMURU MAVİ
VE EMNİYETLİ

RÖNTGEN FİLİMİ

MAT VE PARLAK

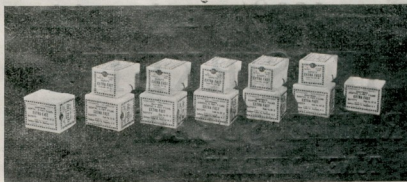
ÜLTRA RAPİT

50 % FAZLA HASSAS

YANGIN TEHLİKESİ YOK
ATEŞE TEMASINDA PARLAMAZ VE KOKU
NEŞRETMEZ.

KODAK
RÖNTGEN
EMNİYETLİ DİŞ FİLİMİ

HAMURU MAVİ
TATLI KONTRAST VE EN UFAK
DEYAYLARI GÖSTERİR.

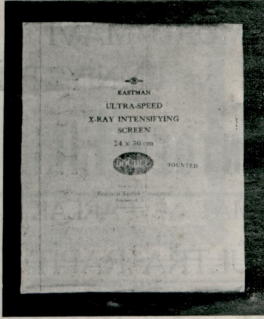


AMPUL
VE
CEREYANDAN
50 %
TASARRUF

KODAK ŞİRKETİ — TÜRKİYE ŞUBESİ

Tünelmeydanı Beyoğlu, Telgr. adresi: Kodak, Beyoğlu. Posta kutusu No.236, Tel. 40442

YENİ
KODAK
ULTRA SPEED

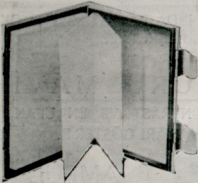


EKRAN RANFORSATÖR

0% 50 DAHA HASSAS

GRENLER GAYET İNCE
FAZLA SÜRAT VE KONTRAST
FAZLA MUKAVEMET

Uzun zaman dayanır, adı veya sabunlu su ile yıkanır.



KODAK

MADENİ ŞASİLER

EN İYİ CİNS MADENDEN
EKTRAN RANFORSATÖR ÇIZILMAZ
FİLİM VE EKTRAN TEMASLARI

100% TEMİN EDİLİR.

KODAK ŞİRKETİ

TÜRKİYE ŞÜBESİ

TÜNEL MEYDANI

Telgraf adresi:
Kodak, Beyoğlu

BEYOĞLU

Telefon:
4-0442

Posta kutusu: 236