

# TEDAVİ KLİNİĞİ

V E

LABORATUVARI

DERGİSİ

Revue de

THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE ET EXPÉRIMENTALE

DİREKTÖRÜ

AKIL MUHTAR ÖZDEN

İDARE EDENLER

NECMEDDİN RİFAT YARAR, SEDAD TAVAT,

A. SÜHEYL ÜNVER

İSTANBUL

AHMET İHSAN Basımevi Ltd.

1937

## İÇİNDEKİLER

### Betkeler :

Yaprak

AKİL MUHTAR ÖZDEN — Tüberküloz peritonitten ölmüş ve miyeloid reaksiyon göstermiş bir hastada karaciğer Hémanjiyonuc . . . . .	153
H. DİKER ve ESAT RAŞİT TUksAVUL } Discus intervertebralis echondrosis'inden ileri gelen nuha sıkışmaları hakkında . . . . .	165

### Farmakodinami :

REŞAD SAMİ GARAN — Carbon Bioxyd vasıtasile histamin inaktivasyonu . . . . .	176
--	-----

### Hülâsalar :

Asabi merkezlerin tüberkülozu . . . . .	182
Histamin hakkında bugünkü bilgilerimiz . . . . .	185
Histeri meselesinin vaziyeti hakkında . . . . .	186
Mutisme Hysterique mekanizma ve tedavisi hakkında . . . . .	187
Şiryani Hipertansiyon (Splanchnectomie ile tedavi) . . . . .	188

### Türk Tıp Tarihi :

A. SÜHEYL ÜNVER — Dr. Rifat Osmana göre bizde Radyolojinin başlangıcı . . . . .	189
---	-----

### Şûun :

Union thérapeutique . . . . .	197
7 inci cild fihristi	

### Table des articles et résumés en français

Page

AKİL MUHTAR ÖZDEN — Un cas d'Hémangiome du foie chez une personne morte de péritonite tuberculeuse et qui avait présenté la réaction myé'loide de la rate . . . . .	160
H. DİKER ve ESAS RAŞİT TUksAVUL } A propos de la compression médullaire provoquée par l'echondrosis du disque intertébral . . . . .	171
RÉCHAT SAMİ GARAN — Inactivation de l'histamine par le bioxyde de carbone . . . . .	180

## Tüberküloz peritonitten ölmüş ve miyeloid reaksiyon göstermiş bir hastada karaciğer Hémanjiyomu

Dr. AKIL MUHTAR ÖZDEN

Son zamanlarda pek anemik ve zayıf bir kadın seririyatımıza yattı. Vefatında karaciğerinde bir kaç *Hémangiome* bulundu. Hastanın klinik hikâyesinde ehemmiyetli muhtelif noktalar vardı. Bugün size bu hastadan bahsedeceğim.

Evvelâ hastanın müşahedesini gözden geçirelim.

F. A. 40 yaşında. Koğuşumuza 26/IX/36 da girdi. Büyük bir kuvvetsizlikten, kulak çınlamalarından ve bütün vücudunda mün-teşir ağrılardan şikâyeti var. Küçük yapılı, zayıf ve rengi uçuk bir kadın. Geçmişinde son beş seneye gelinceye kadar ehemmiyetli bir hastalık bulunmuyor. 15 yaşında âdet görmüş. Evlenmiş dört çocuğu olmuş, yalnız ikisi yaşıyor. Büyüğü 14 yaşında, küçüğü 9 yaşındadır. Diğerleri iki ve üç yaşlarında vefat etmiş.

İfadesine göre beş senedenberi kuvvetsizlik gelmeye başlamış ve gitgide çoğalmış. Aynı zamanda bütün vücudunda ağrılar olmuş lâkin hiç bir yerinde bir şiş veya diğer bir objektif tahavvül olmamış. Yatakta kalmamış. İştihası iyi ve hazımsızlığı yokmuş. İshal ve kabız çekmezmiş.

Dokuz aydanberi iştihası azalmış, zalfiyeti artmış, âdetleri kesilmiş ve bu halde hastaneye girmeye mecbur kalmış.

Muayenede anemik bir renk uçukluğundan başka yüzünde biraz ödem bulunuyor. Harareti 37,5. Teneffüsü 102. Batın biraz büyümüş, etrafta ödem yok. Öksürmüyor, rielerde hiç bir şey yok. Radyografide sürre nahiyelerinde küçük kilsî bir kaç noktadan başka bir şey görülüyor.

İştihası az. Dili temiz. İshal ve kabız yok. Dişleri fena bir halde, bir kısmı çürük.

Karaciğer büyümüş. Dilileri üç parmak geçiyor. Biraz mukavemeti çoğalmış, lâkin sert değil.

Dalak da büyümüş, dılleri iki parmak geçiyor. Vücudun hiç bir kısmında büyümüş lenfa gangliyonları yok.

Karında asit yok. Ev'iyesinde değişiklik görülüyor. Gaitada parazit ve yumurtaları yok.

Kalb zirvesi beşinci mesafede, meme çizgisi üstünde atıyor.

Mitral mihrakında küçük sistolik bir sufl var. Az intişar ediyor. Polmüner mihrakta keza daha zayıf bir sufl işitiliyor.

İdrarda albüminin ve şeker yok. 24 saatlik miktarı bir litre kadardır. Ürobilini biraz çoğalmış, ürobilinojen yok. Safra boyaları ve tuzları bulunmuyor. Depoda bir kaç oksalan billoru ve lokosit var. Kanda üre 0,26

Kan muayenesinde derin bir anemi bulunuyor;

Hemati	1.500.000
Hemoglobin	19%
İndeks	0,64
Lökosit	7.100
Poli	92%
Lenfo	5%
Mono	3%

Anizositoz var. Kanama müddeti 3,5 dakika, tahassür müddeti 6-12 dakika.

Hemati mukavemeti : 0,42% kesafetteki klorsodyom mahlülün de hemoliz başlıyor 28% de tamam oluyor.

Sedimentasyon : birinci saatte 105 milimetre, ikinci saatte 140. Wassermann menfi.

Tenasül azalarında hiç bir şey bulunmuyor.

Asabi sistemde de ehemmiyetli bir tahavvül yok. Hareketler tabii, refleksler tabii.

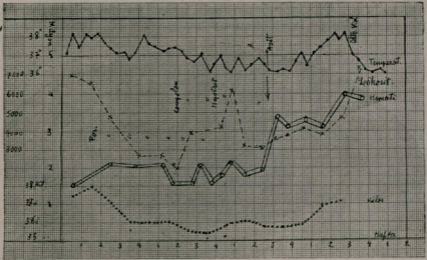
29/9/36 da mideye 200 cm. 5% alkol mahlülü konduktan sonra çıkarılan mide usaresinde hiç hidroklorik asit bulunmadı.

Lâkin 21/19/36 da bir miligram histamin şırıngasından sonra alınan usarenin muayenesi şu neticeyi verdi :

	HCL	Bütün asid	Kan
Aç karnına	0	0,21	+
Aistom. 20 dak. sonra	0,14	9,73	+
40 » »	0,51	0,78	+
60 » »	0,29	0,51	eser
80 » »	0	0,30	eser

Hastahanedede hastanın harareti evvelâ üç hafta sabahları 37-37,2 akşamları 37,8-38,2 arasında seyretti. O zaman hararet biraz düştü ve hatta üçüncü ayda umumiyetle hararet 37° nin altında kaldı. Ölümünden 3 hafta evvel yeniden ateş çoğaldı ve akşamları 38,5 a çıktı.

Vidal reaksiyonu tifo basilleri, Malta humması ve bang hastalığı için yapılan teamüller hep menfi netice verdi. Kanda hematozoer de bulmadık. Dalak ponksiyonu ile aldığımız damlalarda da hiç bir parazit bulunmadı. 17/11/36 da yaptığımız dalak ponksiyonu oldukça mebyul miyelosit ler gösterdi. Bunların çoğu nötrofil idi. Bazıları eozinofil çıktı. Bir kaç miyeloblast da vardı.

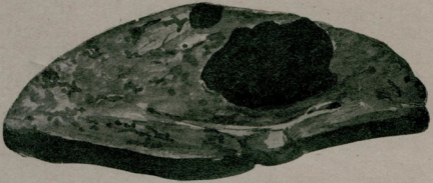


(Şekil — 1)

Dalağın bu miyeloid reaksiyonu bize bir müddet miyeloz alösemik ihtimalini düşündürdü. Dalağın ve karaciğerin büyüklüğünü ve anemiye böylece izah etmek mümkün olurdu. Lâkin bu teşhiste uzun müddet kalamadık. Çünkü bir ay sonra yapılan ikinci bir dalak ponksiyonunda artık bu reaksiyon yoktu.

Bu vaziyet karşısında en ehemmiyetli arazi tedaviye başladık. Hastaya evvelâ yalnız fer réduit verdik : günde 1,50 gram. 20 gün sonra Hemati lerin adedi 2.130.000 e çıktı. Hemoglobin de 29% oldu. Bu esnada lokositlerin adedi aksine azaldı. Campolen şırıngaları aşikâr bir muvaffakiyet vermedi. Verid içine 20 sm<sup>3</sup>

Heparat şırıngaları bir az iyi gelir gibi oldu. Lâkin asıl dikkate değer bir hadise üçüncü ayın nihayetine doğru ve bütün karaciğer hülâsası ve demirle tedavi bırakıldığından on gün sonra görüldü. Hematiler 21/12/36 da 3.440.000 e ve Hemoglobin de 45% e çıktı. Lokositlerde bu fark görülmedi. Tam o günlerde ilk defa hastanın karnında asit teşkil ettiğini gördük. Bu pek az zamanda çoğaldı. Ponksiyon ile çıkardığımız mayide Rivalta teamülü müs-bet idi. Binde 25 albümin vardı. Lâkin mikroskop altında en çok lenfositler görülüyordu. Asit husulünden on gün sonra ateş yükseldi ve ölüme kadar üç hafta yüksek kaldı. Dikkate şayan bir nokta bütün bu devrede hematilerin adedi yüksek kaldı ve lokositler de son günlerde çoğaldılar, 14.000 e kadar çıktılar. Poliler 80% kadardı. Tüberküloz peritonit teşhisi koyduk. Hastalık sür-atle yürüdü ve 30 ikincikânunda hasta vefat etti. (Şekil - 1)



(Şekil — 2)

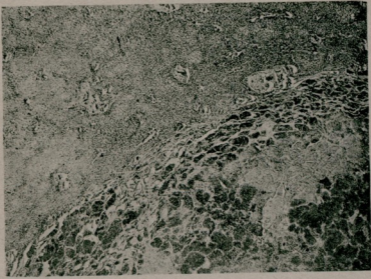
Otopside asitli bir dereni peritonit bulundu. Akgiğerlerin ken-dinde tüberküloz yoktu. Yalnız sağ plevra üstünde bir kaç caversi tüberküloz görülüyordu. Tahal büyümüş ve üzerinde ve maktainda az adedde caversi tüberküller vardı.

Karaciğer büyümüş ve sathında büyüklü küçüklü bir kaç kır-mızı leke görülüyordu. Ciğer kesildiği zaman bunların anjiom olduk-ları anlaşıldı. Sol fusta bulunan büyük bir kaz yumurtası çesametinde idi. Diğer biri kestane büyüklüğünde idi. Bunlardan maada mü-teaddid mercimek veya darı büyüklüğünde kırmızı lekeler bulundu. Kebed nesci yağlı istihale manzarasında idi. (Şekil - 2-3)

Mikroskopa muayenede bunların hakikaten kavernö anjiyom-lar olduğu tebeyün etti. En küçüklü genişlemiş vealardı. Ke-bedin sathında ve içinde bir kaç tüberkül görüldü. Mezanterin

bir çok gangliyonları büyümüş ve içleri kazeifiye olmuştu. Bunların bazıları ceviz büyüklüğünde idi.

Otopsinin bu bulumu hayrete şayan değildir. Umumiyetle karaciğer Hemanjiyomlarını hayatta iken keşfetmek kabil olmuyor. Bunların nadiren karaciğerin şeklini bozarlar. O zaman bir ur veya bir kist fikrini verirler. Başka zamanlarda anjiyomlar kebedin nesci yerini alıyor ve büyüklük yapmıyorlar. Bizim hastamızda karaciğer büyüktü. Lâkin sathında hiç bir ur ele gelmiyordu ve otopside kelmeyeceğini gösterdi. Eğer anjiyom bir ur halinde ele gelirse o zaman bazan teşhise yarayan bir alâmet bulunuyor. Ur yavaş yavaş sıkıldığı zaman boşanıyormuş gibi küçülüyor.

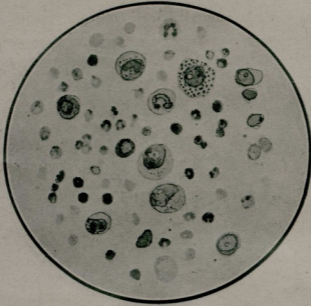


(Şekil — 5)

Anjiyomun hastamızda ne zamandanberi mevcut olduğunu tayin edebilmek enteresan olurdu. Bunların bazılarının vilâdi olduğu muhakkaktır. Bazı defalar da bunlar büyük ur gibi ele gelmiş bu çocukların yedinci, sekizinci ayda ölümlerini mucip olmuştur. Şüphesiz gene vilâdi olanlardan bazıları küçük olduğundan uzun zamanlar hayatı tehlekeye koymamışlardır. Biz bunu derideki hemanjiyomlarda çok görüyoruz. İhtiyarlarda sonradan anjiyom husulünü gene deride sık görüyoruz. Bu sebepten kaverno hemanjiyomları vilâds olan ve vilâdi olmıyan diye ikiye taksim ediyorlar. Bizim hastamızda bu tümörlerin vilâdi olması

çok muhtemeldir. Lâkin hayatın bir devresinde bunlar acaba birdenbire büyümüş ve adedce çoğalmış degilmidi? Küçüklerin sonradan teşekkül ettikleri tasavvur olunamaz mı? O halde hastamızın beş senedenberi zayıflamasında ve kuvvetsizlenmesinde bunların bir dahli olmamış mıdır?. Bütün bu suallere kat'i bir cevap vermek mümkün degildir. Çünkü bu zafiyeti batında bulduğumuz dereni gangliyonların teşekkülü de izah edebilir.

Ölümü mucip olan son hastalık hücumu aneak son aylarda husule gelmiştir. Her halde peritonit hastanın bizde yattığı za-



(Şekil — 4)

man zarfında ve son üç haftada umumlaştı. Lenfa guddelerinde beş sene intişar etmeden duran verem ihtimali çoktur.

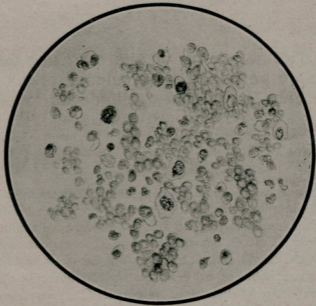
Anemiye gelince bunu başlıca verem toksinlerinin tesirine atfetmek lâzımdır. Bu hastada olduğu gibi veremlilerde lenfositlerin azalması fena bir alâmettir.

Teşhis için müşkülât çıkaran bir hadise birinci dalak ponksiyonunda görülen miyeloid reaksiyon idi. (Şekil - 4) O devrede sterum ponksiyonunun getirdiği damlalarda da miyelositler çoktu. Bunlar bize bir zaman Alösemik miyeloz fikrini vermişti. Birinci dalak ponksiyonu 17/11/1936 da yapılmıştı. O gün hastada biraz ateş vardı.



İki gün kampilon yapılmıştı. Miyeloid reaksiyon bulundu. İkinci ponksiyon 12/12/1936 da yapıldı. Bu, asitin bulunmasından on gün evveldi. O zaman miyeloid reaksiyon kalmamıştı. (Şekil - 5) Otopside yaptığımız dalak frotülerinde de bu reaksiyon yoktu.

Dalağın bu geçici miyeloid reaksiyonu *Dominic Rubens Duval* malûm tecrübelerine ve *Achard ve Weil ve Lefos* ve diğerlerinin travaylarına dayanarak kolayca izah etmek mümkündür. *Dominic* ve arkadaşları kobayların derisi altına az virulan tüberküloz maddeleleri şırınga ederek dalakta tipik miyeloid reaksiyonu hasil ediyorlar. Köpeklerde dalağa az virular eski Koh basili kültürü veya



(Şekil - 5)

toksinleri şırınga edildiği zaman miyeloid reaksiyon oluyor. Halbuki kuvvetli basil şırıngaları bunu yapmıyor. Granulisi olan tahallerde bu reaksiyonu bulmak enderdir.

Hastamızda da miyeloid reaksiyon verem yayılmadan evvel ihtimal yalnız lenfa ukdelerinde dururken görüldü. Bu halde yapılan toksin tahale tesir ederek bu reaksiyonu yapıyor. Aynı zamanda kemiklerin iliğine tesir ederek derin anemiye sebep oluyor. Lâkin hastalık perituvana intişar edince ve tahalde de granüli olunca bu teamül kalkıyor.

Kısa bir müddet hastanın gösterdiği diğer bir hususiyet üzerinde durmak isterim. Karında asit toplanmaya başlarken birden bire kanda hematilerin adedi çoğaldı. 1.850.000 den 3.400.000 e çıktı. Halbuki bu zaman hastanın hali fenalaşıyordu. Bunu hiç olmazsa kısmen kandan mayiin litrelerle perituvan boşluğuna dökülmesine atfetmek lâzımdır. Her ne kadar evvelâ lökositler aynı nisbette çoğalmadıysa da gene bu nazariyede durmayı doğru buluyorum. Çünkü hastanın bu günlerde vezni artmadı, yalnız karnı büyüdü.

---

### Un cas d'Hémangiome du foie chez une personne morte de péritonite tuberculeuse et qui avait présenté la réaction myéloïde de la rate.

---

Dr. Akil Muhtar Özden

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer une femme, anémique et fébrile, dont l'histoire clinique présente plusieurs points intéressants. L'autopsie nous a révélé l'existence d'angiomes multiples au foie. C'est ce cas que je veux vous exposer aujourd'hui.

F. A. âgée de 40 ans, entre dans nos services le 26/9/36. Elle se plaint d'une faiblesse extrême, de bourdonnements d'oreilles et de douleurs diffuses dans tout le corps. C'est une personne de petite taille, amaigrie, très pâle. Rien de bien important dans les antécédents personnels, jusqu'à ces cinq dernières années. Réglée à l'âge de 15 ans; mariée, elle a eu quatre enfants dont deux seulement sont vivants et bien portants. L'aîné a quatorze ans, le cadet neuf. Les deux autres sont morts à l'âge de deux et trois ans.

Elle nous raconte qu'il y a cinq ans, elle a commencé à sentir une faiblesse qui n'a cessé de progresser, sans pourtant l'obliger à garder longtemps le lit. Elle souffrait en même temps dans tout le corps de douleurs vagues qui n'offraient aucune manifestation objective. Elle avait bon appetit, et ne présentait aucun trouble digestif important. C'est seulement depuis neuf mois que l'appétit a décliné. Ni diarrhée, ni constipation. La faiblesse s'est

fortement aggravée, et les règles ont cessé depuis lors. C'est dans cet état qu'elle est entrée à l'hôpital.

A l'examen, outre la pâleur anémique, nous trouvons un peu d'oedème à la face. Température 37,5. Pouls 102. L'abdomen est un peu gonflé. Pas d'oedème aux membres. Pas de toux. Rien de particulier aux poumons: la radiographie le confirme, elle ne montre que quelques points calcifiés à la région ganglionnaire. Appétit faible. Langue propre. Pas de diarrhée ni de constipation. Les dents sont en mauvais état. Le foie est augmenté de volume. Consistant sans être dur, il dépasse de trois travers de doigt les fausses côtes. La rate est, elle aussi, agrandie, et dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt. On ne trouve pas de ganglions lymphatiques sous-cutanés hypertrophiés. Pas d'ascite, ni de réseau veineux sur la peau. Pas de parasite dans les matières fécales. La pointe du coeur bat dans le cinquième espace intercostal, sur la ligne mamillaire. On entend, au foyer mitral, un petit souffle systolique qui se propage très peu. Au foyer pulmonaire il existe un autre souffle qui paraît moins intense. Pas d'albumine ni de glycose dans les urines: un litre environ par jour. Légère urobilinurie, sans urobilinogène. Pas de pigments biliaires ni de sels biliaires. Dans le dépôt, on trouve quelques leucocytes et des cristaux d'oxalate de chaux. Urée du sérum 0,26%.

A l'examen du sang, on constate un forte anémie hypochrome. Hématies 1.500.000. Hémoglobine 19%. Valeur globulaire 0,64. Leucocytes 7.100: polynucléaires neutrophiles 92%, lympho 5%, mono 3%. Anisocytose. Wassermann négatif. Durée de saignement: 3 minutes 1/2. Durée de coagulation: de 6-16 minutes. Résistance globulaire: l'hémolyse commence à 0,42%, et elle est complète à 0,38%. Sédimentation exagérée: 105 à la première heure, 140 à la deuxième. La détermination du métabolisme basal a montré une légère augmentation: +% 18. L'examen des organes génitaux ne révèle rien de particulier, non plus que celui du système nerveux: les mouvements sont normaux et les réflexes pas modifiés. L'analyse du suc gastrique faite le 29/9/36 après l'introduction dans l'estomac de 200 cm<sup>3</sup> d'une solution 5% d'alcool révèle l'anachlorhydrie.

Mais le 21/10/36 nous trouvons dans le suc gastrique secrété après l'injection de 1 mgr. d'histamine les quantités suivantes de HCl: 20 minutes après 0,14; 40 minutes après 0,51; 60 minutes après 0,29 et 80 minutes après 0.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital la courbe thermique

a continué d'osciller entre 37 et 37,2 le matin, et 37,8 ou 37,2 le soir, cela pendant cinq semaines. Un léger abaissement s'est alors produit, qui s'est accentué au troisième mois de son séjour à l'hôpital, pendant lequel la température est généralement restée au-dessous de 37. C'est trois semaines avant la mort que la fièvre a de nouveau reparu, surtout le soir où elle est montée jusqu'à 38,5. La réaction de Vidal, ainsi que les réactions pour fièvre de Malte et fièvre de Bang ont été négatives. A plusieurs reprises, l'examen du sang au point de vue des hématozoaires ne nous a rien donné non plus. A la suite d'une ponction de la rate, à la date du 17/11/36, la préparation nous a montré l'existence d'un assez grand nombre de myélocytes neutrophiles ainsi que éosinophiles et de quelques myéloblastes. Pas de parasites malariques, ni de kala-azar.

Cette réaction myéloïde de la rate nous a amené à penser à la possibilité d'une myélose sans leucémie. Mais, malgré l'hypertrophie de la rate et du foie qui paraissait confirmer cette manière de voir, nous n'avons pu envisager ce diagnostic bien longtemps, car une nouvelle ponction de la rate n'a plus montré cette réaction.

Devant cet état de choses, nous avons commencé à traiter le symptôme préminent: l'anémie. L'administration de 1 gr. de fer réduit chaque jour a fait, au bout de vingt jours, remonter les globules rouges à 2.130.000, et l'hémoglobine à 29%. Par contre dans le même temps, le nombre des leucocytes a diminué. Les injections intraveineuses massives de 20 cmc d'hépatrate à la fois ont paru au début exercer quelque influence. Nous avons constaté chez la malade à la fin du troisième mois de son séjour à l'hôpital et dix jours après que nous avons laissé tout le traitement, une augmentation de globules rouges jusqu'à 3.940.000. Mais malgré cela, l'état général ne paraissait pas s'améliorer d'une manière nette. Le foie et la rate gardaient leur volume anormal. Nous avons découvert quelques jours après, vers le 25 Décembre 1936, une production d'ascite dans l'abdomen, production qui s'est développée assez rapidement. La ponction nous a amené un liquide clair, jaunâtre, avec 15<sup>0/00</sup> d'albumine. La réaction de Rivalta s'est affirmée positive. Au microscope, on a constaté surtout des lymphocytes et très peu de polynucléaires. Dès lors, la fièvre qui venait quelques jours après de réapparaître n'a plus cédé. Chose remarquable: le nombre des globules rouges a encore augmenté dans les premières semaines

de la fièvre ainsi que les leucocytes : 14.000 quelques jours avant la mort. Nous avons alors posé le diagnostic de la tuberculose péritonéale : la mort est survenue le 30 Janvier 1937.

A l'autopsie, on constate l'existence d'une péritonite tuberculeuse avec ascite. Aux poumons mêmes, pas de tuberculose. Mais à la base droite et sur la plèvre, on aperçoit un certain nombre de tubercules miliaires. La rate a doublé de volume, elle est dure et présente quelques tubercules miliaires à sa surface, ainsi que sur la coupe. Le foie hypertrophié offre à la surface des taches rouges de différentes dimensions qui, sur la coupe, se révèlent être des angiomes : l'un au lobe droit atteint la taille d'un gros oeuf d'oie, un autre est grand comme une châtaigne. En outre, on voit un certain nombre de taches rouges de petites dimensions rappelant les lentilles ou les grains de mil. L'examen microscopique des grandes tumeurs démontre qu'il s'agit bien de l'angiome caverneux. Une enveloppe fibreuse plus ou moins complète les entoure. Mais les plus petites paraissent être tout simplement des vaisseaux dilatés (Fig. - 2-3). Le foie présente une dégénérescence graisseuse très avancée par places. On aperçoit de plus, soit à la surface du foie, soit entre les lobules hépatiques, quelques tubercules disséminés. Plusieurs ganglions mésentériques ont augmenté de volume. Certains atteignent la taille d'une noix ou d'une amande. A la coupe on voit des foyers caséifiés de tuberculose.

Cette surprise de l'autopsie n'a rien d'étonnant. Généralement, au cours de la vie, on n'arrive pas à diagnostiquer les angiomes du foie. Cette tumeur ne déforme que rarement l'organe. Elle semble prendre la place du tissu hépatique. Et dans ce cas, aucun symptôme n'en révèle l'existence. Pourtant, dans quelques cas d'angiomes congénitaux, la tumeur présente un développement tel qu'elle peut occuper jusqu'à la moitié du foie. Lorsque l'angiome fait saillie à la surface de l'organe, la palpation peut le déceler, et quelquefois en le comprimant, on éprouve la sensation que la tumeur se vide sous les doigts : ce fait constitue un signe distinctif de l'existence de l'angiome.

Dans le cas présent, la surface du foie n'offrait aucune irrégularité, et il ne nous était pas possible de penser à une tumeur.

Il serait intéressant de pouvoir fixer le début de l'angiome. On connaît des cas sûrement congénitaux où l'on trouve de grandes tumeurs et qui provoquent rapidement (7ème ou 8ème mois) la mort du nouveau-né. Il doit en exister d'autres plus petits qui per-

mettent la survie, comme cela est le cas pour les angiomes de la peau. Mais, chez le vieillard, on constate souvent à l'autopsie la présence de petits angiomes qu'on peut certainement considérer comme acquis. D'où, d'après leur origine, deux espèces d'angiomes caverneux. Chez notre malade, il est très probable qu'il s'agissait de la première espèce, c'est-à-dire, des angiomes congénitaux. Mais à un moment de l'existence, ces tumeurs n'ont-elles pas pris un développement soudain et aussi augmenté leur nombre? Le trouble de santé accusé chez notre malade depuis cinq années ne peut-il pas être attribué à cette évolution accélérée? Pourtant la formation des adénites tuberculeuses mésentériques est aussi à même de l'expliquer.

La dernière poussée de la maladie qui a provoqué la mort ne paraît dater que des derniers mois. En tout cas, la péritonite ne s'est généralisée qu'au cours du séjour de la patiente à l'hôpital. Une tuberculose ganglionnaire, en activité pendant cinq ans sans envahir les organes principaux, n'est pas impossible. Quant à l'anémie, elle doit être principalement attribuée à l'action des toxines tuberculeuses. La diminution des lymphocytes était de mauvais augure, comme cela est généralement admis au cours de la tuberculose.

Un fait troublant pour le diagnostic a été l'existence d'un grand nombre de myélocytes sur la préparation de la ponction de la rate. Les mêmes éléments ont été aussi trouvés en grand nombre sur la préparation de la ponction du sternum. Tout cela nous a fait penser un moment à une myélose sans leucémie. Il faut ajouter qu'une deuxième ponction de la rate, faite un mois plus tard, une semaine avant la production de l'ascite, n'a plus révélé cette transformation myéloïde, et sur le frottis que nous avons fait au cours de l'autopsie, nous ne les avons trouvés ni dans la rate, ni dans l'angiome du foie.

Cette réaction myéloïde passagère de la rate peut être expliquée facilement en se basant sur les expériences bien connues de Dominici et Rubens Duval et sur celles d'Achard et de Weil, de Lefos et d'autres. Dominici et son collaborateur avaient obtenu chez les cobayes une réaction myéloïde typique de la rate en injectant sous la peau de ces animaux des produits tuberculeux peu virulents. On obtient la même réaction chez les chiens lorsqu'on leur injecte dans la rate soit une culture vieillie peu virulente de bacilles de Koch, soit de la toxine tuberculeuse. Par contre, les

bacilles virulents ne provoquent point cette réaction. Ainsi dans les rates granuliques il est exceptionnel de trouver la transformation myéloïde.

Chez notre malade, la réaction myéloïde existait avant la généralisation de la tuberculose, lorsque l'affection était très probablement confinée dans les ganglions mésentériques. Les toxines diffusées dans le sang auraient ainsi produit d'une part une anémie profonde par leur influence sur la moelle osseuse, et d'autre part une réaction myéloïde de la rate. Plus tard, la granulie du péritoine et de la rate aurait enrayé cette réaction.

Il n'est pas sans intérêt de s'arrêter un moment sur la modification du nombre des globules rouges que nous avons déjà signalée. Cette augmentation a correspondu à la production rapide de l'ascite dans l'abdomen. Les hématies sont montées en douze jours de 1.850.000 à 3.440.000, pendant que s'aggravait l'état général de notre malade et que montait la fièvre. On peut attribuer cette augmentation, au moins en partie, au passage de la partie liquide du sang dans la cavité péritoniale. Bien que le nombre des leucocytes n'ait pas présenté un changement aussi important, cette supposition nous paraît défendable par le fait que le poids de la malade n'a pas augmenté à cette période, malgré la formation de cette grande quantité d'ascite.

## **Discus intervertebralis ecchondrosis'inden ileri gelen nuha sıkışmaları hakkında**

Dr. H. DİKER - Dr. ESAT  
RAŞİT TUKSAVUL

Discus intervertebralis ecchondrosis'inden ileri gelen nuha sıkışmaları hakkında bilgimiz yeni, on onbeş senelik olmakla beraber bu gudurufi zaidelerin mevcudiyeti hakkındaki malûmatımız geçen asrın ortasından başlar.

1855 de Luschka, kanatı sisâinin ön yüzünden ve komşu fıkralar arasındaki mesafeden menşeyini alan, küçük urlara müşâbih,

ukdeciklerden bahsetmiş ve bunların hattı mutavassıtı işgal ettiklerini, yahut buna pek yakın bir yerde mevki aldıklarını yazmıştır. Luschkaya göre bu ukdeciklerin teşekkülüne sebep beynefikari kursun, nucleus pulposus ismini taşıyan kısmının yerinden çıkarak arkaya doğru yürümesi, yahut sadece discus intervertebralis'in bir âfetidir.

Son zamanlarda Schmorl'un amudu fıkari ve discus intervertebralis hakkındaki çalışmaları Luschkanın görüş tarzını teyit etmiştir. Schmorl ve talebesi Andrae'ye göre Luschka ukdecikleri o kadar nadir değildir; ellisini geçenlerin autopsie'sinde erkeklerde % 18,5, kadınlarda % 11,5 nisbetinde Luschka ukdeciklerine tesadüf edilir. Hacımları bir arpa tanesi büyüklüğü ile bir nohut cesameti arasında değişir. Umumiyetle hattı mutavassıtı işgal etmekle beraber bazan yan taraflarda da yer alabilirler. Daima ligamentum. long. post. ile örtülüdürler.

Luschka ukdeciklerinin pathogenie'sine gelince bu hususta bilhassa traumalar itham edilmiştir. Herhangi bir trauma neticesi annulus fibrosus yahutta rıbatı tulanii halfi liflerinin yırtılması ecchondrosis husulü için kâfidir. Luschka ukdeciklerinin adedi, vak'aların yaridan çoğunda, birden fazladır; bazı vak'alarda 7 ye kadar sayılmıştır. Luschka ukdecikleri tercihan amudu zahrinin orta ve alt kısımları ile amudu katanıyi işgal ederler.

Histalogia bakımından Luschka ukdecikleri dağınık bir gudruf nescinden teşekkül ederler; bazı vak'alarda bu örgü istihaleye uğrar. Gudruf nescinin aralarında adacıklar halinde kemik nesci bulunur.

Vaktiyle Luschka, kendi ismini taşıyan ukdeciklerin nuhai bastırabileceklerini ileri sürmüşse de bu mütalaa ancak Elesberg ve Stookeyin neşriyatından sonra teeyyüt etmiştir. 1928 de Stookey Luschka ukdeciklerinden ileri gelme nuha sıkışmaları hakkında ilk tetkikini neşretmiştir. 1929 da Dandy Stookey'in neşriyatını teyit etmiştir. 1930 da Alajouanine ve Petit-Dutaillis toplayabildikleri 20 seriri vak'anın müşahedelerini tahlil etmişler ve ertesi sene Crouzon, Petit-Dutaillis ve Cristophe littérature'den, ameliyatla tedavi edilmiş 23 vak'anın müşahedesini çıkarmışlardır.

N. Antoniye göre, daha eski edebiyatta Luschka ukdeciklerinden ileri gelme nuha basısı vak'aları mevcuttur. 1913 de Nonne'nin osteome'den mütevellit nuha sıkışması başlığı ile yazdığı vak'a ile Adson ve Ottun müşahedeleri ecchondrosis neticesi husule gelmiş nuha sıkışmalarından başka bir şey değildir.



Ecchondrosisin tevlit ettiği nuha sıkışmasının klinik tablosu Luschka ukdeciklerinin mevkiine tâbidir. Bu hususa ait tafsilâta girişmeden evkel 1935 senesi başlangıcında gördüğümüz bir vakanın müşahedesini nakletmeği faydalı buluyoruz.

Elli yaşında bir marangoz olan hastamız 14.1.1935 de servisi-mize girmiştir. Alt taraflarının felcinden ve sol fahzindeki ağrıdan şikâyet etmektedir.

Hastalığı iki sene evvel başlamış : Bir gün dükkânında çalışırken sol fahzında bir mızrak darbesi tarzında şiddetli bir ağrı hissetmiş ve hekime müracaat mecburiyetinde kalmış. Altı ay müddetle ismini bilmediği bir takım şırıngalar ve diathermie ile tedavi edilmiş. Bu tedavi hiç bir netice vermediği için bir hastaneye girmek zaruretinde kalmış orada hastamıza périarterielle bir sympathectomie yapılmış. Sol fahizde yapılan bu ameliyat hastanın ıztrabını teskin etmek şöyle dursun bilâkis şiddetlen-dirmiş hatta sol diz mafsalında bir ankylose tevlit etmiş. Hasta bunun üzerine başka bir hastaneye girmiş ve burada on ikinci zahri fıkra ile birinci ve ikinci kataniler hizasında bir laminectomie yapılmış. Ancak bu müdahale de neticesiz kalmış ve hasta evine dönmüş. Fakat ağrılarının gittikçe şiddetlenmesi kendisini tekrar bir hastaneye müracaata sevk etmiş ve servisimize kabul edilmiştir.

Hastanın irsi ve ailevi geçmişinde olduğu gibi şahsi geçmişinde de kayda değer bir hususiyet yoktur. Tütün ve alkol kullanmaz. Hiç bir traumaya maruz kalmamıştır.

Zaif bünyeli olan hastamızın yüzü daima ıztrab ifade etmektedir. Nahiyei zahriyenin üst kısmında büyük nısf kuturlu bir cyphose vardır. Orta şiddette flexion halinde bir paraplégie göze çarpmaktadır. Hasta mütemadiyen sol fahzindeki ağrıdan şikâyet etmekte ve bir eli ile bu nahiyeyi uğuşturmuştur.

Sinir cümlesinin muayenesinde göğde ile alt tarafların fail hareketlerinin çok azaldığı ve bu hareketlere ait adale kuvvetinin çok tenakus ettiği tesbit edilmektedir. Alt taraflarda mafsal hareketleri de çok azalmıştır. Sol diz mafsalı eski bir ankylose dolayısıyla hemen bütün hareketlerini kaybetmiştir. Etraf hareketlerinin insicamında bir bozukluk yoktur. Sol fahzine gayri muntazam fasılalar ile gelen ağrı nöbetleri hastayı bağırtmakta aynı zamanda alt tarafların flexion halini çoğaltmaktadır. Her iki fahiz ve baldır adalelerinde myoclonique hareketleri andıran lüveyfi takallüsler görülmektedir. Bütün sathi ve derin hissiyet

alt taraflarda çok azalmıştır. Bu hypoesthésie'den başka hasta bacaklarında yer yer paresthesie'lerden şikâyet etmektedir. Alt taraflarda veteri refleksler artmıştır, üst taraftakiler canlıdır. Karın cildi refleksleri ile kremaster refleksi hafiflemiştir. Her iki tarafta Babinski müsbettir, clonus yoktur. Hasta idrarını tutamamaktadır. Erkekliği yoktur. Alt taraflarda cyanose ile beraber hafi bir adale dumuru vardır. İdrarda albumin ve şeker yoktur. Kanda Wassermann menfidir. Mayii dimağı kimya ve cytologie bakımından normaldir; Wassermann menfidir. Stookey hafif müsbettir. Hastaya myélographie yapılamamıştır. Amudu zahrinin radiologique muayenesinde 3-4-5 inci fıkralar arası mesafelerin vüzuhu azalmıştır. (Müzmin romatizma) Hasta ıztırabı dolayısıyla gıda almamakta ve verilen müsekkin ilâçlara rağmen uyuyamamaktadır. Esasen bitgin olan hasta servisimize girdikten on beş gün sonra cachexie ile vefat etmiştir.

Autopsiede sadır ve batın ahşasında hiç bir gayrı tabiiilik yok. Dimağ normaldir. Kanâtı sisai açıldığı vakit dura-materin yedinci ve sekizinci zahri fıkralarının arka yüzüne yapışmış olduğu görülüyor. Dokuzuncu zahri fıkranın arka yüzünden hattı mutavassıt üzerinde nohut cesametinde bir barizenin çıktığı ve altındaki fıkra arası mesafeyi de içine aldığı görülüyor. Dokuzuncu zahri fıkranın cismine sêhmî bir kesik yapıldığı vakit bu barizenin kemik nescinden yapılmış olduğu ve merkezinin kireçlenmiş bulunduğu görülüyor. Ümmüssulbenin bu azmî barize hizasında açılması ile nuhai şevkinin aynı yerde çukurlaşarak bahsettiğimiz kemik tümsekcğine adeta bir yuva hazırladığı müşahede ediliyor.

Ümmüssulbenin iç yüzünden bakıldığı vakit adı geçen exostose cilalı bir barize manzarası gösteriyor. Nuhai şevkinin bu barizeye tevafuk eden kısmı önden arkaya doğru yassılmış ve bir şerit şeklini almıştır. Exostose'nin histologique muayenesinde hemen müsavi nisbette dağılmış bir kemik ve gudruf nescinden yapılmış olduğu ve istihale ve iltihap eserleri mevcut olmadığı anlaşılıyor. Nuhanın Luschka ukdecığı tarafından tazyik edilen kısmı münteşir bir ihtikan gösteriyor. Bazı noktalarda karnı kuddamî hücreleri seyrekleşmiş gibidir. Hasılı tâli olarak kemikleşmiş bir ecchondrosis'den ileri gelme bir nuha sıkışması karşındayız.

Ecchondrosis'den mütevellit nuha sıkışmalarının klinik tabloları Luschka ukdeciklerinin nahiyesine, bunların ortada veya ca-

nibi bir vaziyette bulunmalarına göre değiştiği gibi, nuhan tábî olduğu tazyik derecesine göre de tahavvül eder. **Klinik ârâz** veren Luschka ukdecikleri ekseriya amudu fıkârinin rakabî nahiyesini ve bu nahiyenin tercihan orta ve alt kısımlarında bulunur. Stooke'ye göre nahiyei rakabiye ecchondrosis'inden ileri gelme nuha sıkışmalarının başlıca üç çeşidi vardır. Birincisinde amyotrophie, lüveyfi takallüsler, çapraz bir hypoalgie ve thermo-hyperesthesie vardır ve bu tip ön taraftan yalnız bir cihete münhasır bir tazyik mahsulüdür. İkinci tipde nuhai şevki yine ön yüzünden tazyika uğrar, fakat tazyik iki taraflıdır. Üçüncü tipde daha ziyade nuhadan çıkan köklerin tazyika uğramasına ait arazlar görülür. Luschka ukdeciklerine vak'aların üçde birinde alt zahrî fıkralar yahutta katani fıkralarda tesadüf edilir. Bu takdirde klinik tabloya katani yahut aczii katani bir syndrome yahut cauda equina syndrome'si manzarasını alır. Alajouanine ve Petit-Dutaillis bir lombosciatique manzarasında tecelli eden bir taraflı bir cauda equi. syndrome'sinin kesreti hakkında nazarı dikkati celbetmişlerdir.

Stookey'e göre ecchondrosis'den ileri gelen nuha sıkışmalarında mayii dimağii şevki ekseriya normaldir. Alajouanine iki vak'asında hafif bir albumin hõcre ayrılığı görmüştür. Stookey tecrübesi bazı vak'alarda müsbettir; myélographie de böyledir. N. Antoni radiographie ile amudu fıkârîde bir ecchondrosis mevcudiyetini tesbite muvaffak olan yegâne müelliftir. Antoni'ye göre bu her vak'ada iyi bir radiologie tekniği ile muvaffak olmak imkânı vardır.

Ecchondrosis'in pathogénie'sinde traumaların tesiri inkâr edilemez. Ribatı tıllanii halfi veya annulus fibrosusun yırtılması bir sebep ister. Bu yırtılma ya ismi geçen yumuşak kısımların trophique bozukluklar neticesi zaiflaması yahutta microtraumatisme'ler mahsulüdür. Tecrübi olarak amudu fıkârinin, uzunluğunca sıkışdırılması neticesi nucleus pulposus'ü yerinden çikarmağa muvaffakiyet elverişlidir. Ribert'in, artık yillanmış sayabileceğimiz bazı tecrübeleri traumaların lehindedir. Bu müellif lig. long. pos. zedeleyerek nucleus pulposus'e ait ur şeklinde bir intibaç tevlit etmeğe muvaffak olmuştur. Marangoz olan hastamızda micro-traumatisme'lerin tesirini hesaba katmak mantıkdır. şu halde bazı vak'alarda meslekî bir tesir kabul edilebilir.

Ecchondrosis'den ileri gelme nuha sıkışmaları cerrahi olarak tedavi edilmelidir: Laminectomie yapıhp Luschka ukdecikleri

meydana çıkarıldıktan sonra bunları kaldırmalı ve çıktıkları noktayı iyice kazımalıdır.

### Bibliographie :

Alajouanine et Petit Dutailis : Le nodule fibro-cartilagineux de la face postérieure des disques intervertébraux. *Presse méd.* 1930, 1657, 1749. - Antoni : *Handbuch der Neurologie (Bumke-Foerster)*, X. Bd. II. Tumoren der Wirbelsäule S. 65-70. -Crouzun, Petit Dutailis et Cristophe : Sur un cas de compression de la queue du cheval, d'origine traumatique, par un nodule fibro-cartilagineux du disque intervertébral. Opération. Guérison. *Revue. neuro.* 1931. 1.612.

N. Antoninin saydığı : Adson and OTT : Results of the removal of tumors of the spinal cord. *Arch. of Neur.* 8,520 (1922) - Andrae : Über Knorpelknötchen am hinteren Ende der Wiebelbandscheiben im Bereich de Spinalkanals. *Beitr. path. Anat.* 82, 464. (1929). - Antoni : Fall av kronisk rotkompression med ovaling orsak : hernia nuclei pulpose disci intervertebralis. *Sv. Läkartidn.* 28. 436 (1931). - Bucy : Chondroma of intervertebral disc. *J. amer. med. Assoc.* 94.1552 (1930). - Dandy : Loose cartilage from intervertebral disc simulating tumour of the spinal cord. *Arch. Surg.* 19. 660 (1929). - Elsberg : The extradural ventral Chondromas (Ecchondrose). Their favorite site, the spinal cord a. rood symptoms they produces. *Bull. neuro. Inst. New York.* 1. 350 (1931) - Helmer : Ein Fall von Verlagerung von Bandscheibengewebe nach hinten. Röntgen Diagnose und Verifikation *Acta. radiol. (Stockh.)* 14, 165. (1933) Kortzeborn : Schmorlscses Knorpelknötchen unter dem bilde eine Rückenmarks tumors im Berieich des Harlsmarks. *Zbl. Chir.* 57, 3 (1930). - Luschka : *die Halbgelenke des menschlichen Körpers.* Berlin 1858. - Middleton and Teacher : Injury of the spinol cord due to rupture of an inter vertebral disc during muscular effort. *Glasgow med. J.* 67. 1 (1911). - Nonne : Weitere Erfahrung usw. *Dtsch. Z. Nervebheik.* 47 : 48. 436. (1913) - Péchy, v : Zur Kentniss der gutartigen Wirbelsäulen Geschwülste in Wirbelkanal. *Franf. Z. Path.* 37. 562 (1929) - Schmorl : Über Knorpelknoten an der Hinterfläche der Wiebelbandscheiben. *Fortsch. Röntgen.* 40; 629. (19 é%) - Stookey : Compression of the spinal cord due to ventral extradural cervical chondromas : diagnosis and surgical treatment. *Arch. of Neur.* 20, 275. (1928).

---

## A propos de la compression médullaire provoquée par l'ecchondrosis du disque intervertébral

Dr. H. DİKER - Dr. ESAT RAŞİT TOKSAVUL

Quoique nos connaissances sur la compression médullaire provoquée par l'ecchondrosis du disque intervertébral soient récentes, d'une dizaine d'années environ, les notions anatomiques concernant l'existence de cette excroissance cartilagineuse datent déjà de longtemps.

Luschka, en 1855, a décrit des nodules, pareils à des petites tumeurs, prenant leur origine à la face antérieure du canal rachidien, à la limite des corps de deux vertèbres voisines qui occupaient la ligne médiane ou en étaient très proches.

D'après Luschka la formation de ces nodules serait le résultat de la luxation postérieure du nucleus pulposus du disque intervertébral ou plus simplement d'une lésion du disque.

Récemment Schmorl, dans ses études sur la columna vertebralis et le disque intervertébral, a confirmé les vues de Luschka. D'après Schmorl et son élève Andrae les nodules de Luschka ne seraient pas rares. A l'autopsie des sujets ayant dépassé la cinquantaine, on les rencontrerait dans la proportion de 18,5 % chez les hommes et 11,5 % chez les femmes. Le volume de ces nodules varierait entre celui d'un grain d'orge et le volume d'un pois-chiche. Les nodules de Luschka occuperaient généralement la ligne médiane, pouvant néanmoins occuper parfois une situation latérale par rapport au plan sagittal. Ils seraient toujours recouverts par le ligament longitudinal postérieur. Quant à leur pathogénie, le facteur dominant dans le mécanisme de leur production seraient les traumatismes déterminant la rupture des fibres de l'annulus fibrosus ou de celles du ligament log. post. Cette rupture si minime qu'elle soit, suffirait à la luxation du nucleus pulposus. Le nombre des nodules de Luschka, dans plus de la moitié des cas excéderait l'unité; on en aurait même compté jusqu'à 7 dans certains cas. Les nodules de Luschka occupent généralement la partie moyenne et inférieure de la colonne dorsale et la colonne lombaire.

Au point de vue histologique les nodules de Luschka sont constitués par du tissu cartilagineux dispersé, qui dans certains cas peut dégénérer. Les intervalles de ce tissu sont occupés par du tissu osseux, disposé en îlots.

Luschka, avait déjà dès son époque signalé la possibilité d'une compression médullaire par l'ecchondrose. Cette opinion ne fut confirmée qu'ultérieurement, après les publications d'Elsberg et de Stookey. Stookey publia en effet, en 1928, un article sur la compression médullaire provoquée par les nodules de Luschka. En 1929 Dandy confirme les observations de Stookey. En 1930 Alajouanine et Petit Dutailis publient 20 cas cliniques de compression médullaire par ecchondrosis et 1931 Crouzon, Petit Dutailis et Cristophe trouvent dans la littérature 23 cas traités chirurgicalement.

D'après N. Antoni, des cas de compression médullaire par ecchondrosis existent dans la littérature datant d'un peu plus. Le cas publié par Nonne en 1913 sous l'épithète de compression médullaire par ostéome ainsi que celui d'Adson et Ott ne seraient en réalité que des compressions par ecchondrosis.

Le tableau clinique revêtu par la compression médullaire provoquée par l'ecchondrosis du disque intervertébral varie avant tout suivant le niveau occupé par les nodules de Luschka. Il nous paraît opportun, avant de nous étendre là-dessus, de relater l'observation d'un cas de compression par ecchondrosis que nous eûmes l'occasion d'observer au début de 1935.

Notre malade âgé de 50 ans, menuisier, entre dans notre clinique le 14.1.1935. Il est atteint de paraplégie et souffre d'une douleur intense de la cuisse gauche. Sa maladie a débuté deux années auparavant: un jour travaillant dans son magasin, il sentit dans sa cuisse gauche une douleur très intense, en coup de lance et dut s'adresser à un médecin lequel pendant six mois le traite par des injections et surtout la diathermie. Ce traitement ne donna aucun succès. Là-dessus notre malade se sentit obligé de se faire hospitaliser et entra dans une clinique où l'on pratiqua une sympathectomie périartérielle de la cuisse gauche. Comme cette intervention ne procura aucun soulagement, il se décida à rentrer chez lui, le genou gauche ankylosé. Mais l'augmentation de ses douleurs et la faiblesse croissante de ses membres inférieurs l'obligèrent à entrer de nouveau dans un autre hôpital où il fut laminectomisé, l'opération ayant porté sur la douzième vertèbre dorsale et les deux premières lombaires. Malheureusement cette laminecto-

mie aussi n'apporta aucun soulagement et le malade dut rentrer chez lui. Mais après un court séjour à la maison il se décida de nouveau à se faire traiter et fut admis en nos services.

Notre malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents personnels, héréditaires et familiaux. Il ne fume pas et ne prend pas d'alcool. Il n'a subi aucun traumatisme. Notre malade est très maigre. Son facies exprime toujours la souffrance. Cyphose à grand rayon à la région dorsale supérieure et paraplégie en flexion modérée. Le malade se plaint toujours de sa cuisse gauche qu'il est continuellement en train de masser.

A l'examen neurologique l'on constate que les mouvements actifs du tronc et des membres inférieurs ainsi que la force musculaire correspondante ont beaucoup diminué. Les mouvements passifs sont très difficiles aux membres inférieurs. L'articulation du genou gauche surtout a, par suite d'une ankylose ancienne, presque perdu tous ses mouvements. Pas de dyssymétrie; des crises douloureuses, survenant par intervalles irréguliers à la cuisse gauche, exagèrent la souffrance du malade, le font même crier en même temps qu'elles augmentent l'état de flexion des membres inférieurs. Les muscles des cuisses et des mollets sont animés par des secousses musculaires sous forme de myoclonies. La sensibilité superficielle et profonde sont très diminuées aux membres inférieurs: l'on y constate une hypoesthésie ainsi que de la paresthésie en îlots. Les reflexes tendineux sont exagérés aux membres inférieurs. Les reflexes cutanés abdominaux et les crémastériens sont émoussés. Signe de Babinski bilatéral. Pas de clonus. Incontinence des sphincters et impuissance. Légère amyotrophie et cyanose aux membres inférieurs. Pas d'albumine ni de sucre dans l'urine. La réaction de Wassermann est négative dans le sang. Le liquide céphalo-rachidien est normal au point de vue chimique cytologique et sérologique. Par contre l'épreuve de Stookey y est légèrement positive. La myélographie n'a pas pu être pratiquée. A l'examen radiologique de la colonne dorsale l'on constate que la clarté des espaces séparant les troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales a diminué. Ses souffrances empêchent notre malade de s'alimenter et de dormir, il continue à s'affaiblir et au bout d'une quinzaine jours il meurt par cachexie.

A l'autopsie aucune anomalie des organes thoraco-abdominaux. Le cerveau est normal. A l'ouverture du canal rachidien, l'on constate que la dure-mère est adhérente à la face postérieure des

corps des huitième et neuvième vertèbres dorsales. De la face postérieure du corps de la IX. ième vertèbre dorsale, il se détache sur la ligne médiane, une saillie du volume d'un pois chiche englobant l'espace intervertébral sous-jacent. A la coupe sagittale du corps de la IX. ième vertèbre dorsale on voit que cette saillie est constituée par du tissu osseux dont le centre est calcifié. L'ouverture de la dure-mère au niveau de la saillie sus-mentionnée montre que la face antérieure de la moelle épinière s'est déprimée à ce niveau, sous forme d'un nid pour englober l'exostose précitée. Vue par l'intérieur de la dure-mère, cette exostose apparaît comme une tuméfaction polie. La partie de la moelle correspondant à l'exostose est aplatie dans le sens antéro-postérieur, et est d'aspect rubané. A l'examen microscopique de cette exostose l'on constate que cette saillie osseuse est constituée par du tissu cartilagineux et osseux à proportions presque égales. Pas de traces de nécrose et d'inflammation. La partie de la moelle épinière comprimée par l'exostose est congestionnée partout. Sur certains points les cellules des cornes antérieures semblent être en voie d'atrophie.

En somme, nous nous trouvons en présence d'une compression médullaire par *ecchondrosis* ossifié secondairement. Le malade présentait en outre des signes radiologiques vagues de *spondylose* de la région dorsale supérieure.

Le tableau clinique offert par les compressions médullaires provenant de l'*ecchondrosis* dépend tout d'abord de la région où se trouvent les nodules de Luschka, puis de leur position médiane ou latérale; le degré de la compression est aussi d'une grande influence. Les nodules de Luschka déterminant des signes cliniques occupent la région cervicale et de préférence la zone moyenne et inférieure de cette région. Stookey distingue trois types de compression cervicale par *ecchondrosis*. Le premier type paraît caractérisé par de l'amyotrophie, des contractions fibrillaires, une hypoalgie et thermohyperesthésie croisée, et répondrait à une compression d'un seul côté. Dans le second type la moelle cervicale serait comprimée toujours par sa face antérieure, mais des deux côtés. Le troisième type serait caractérisé par des symptômes de compression radiculaire seulement.

Les nodules de Luschka occupent dans le tiers des cas les vertèbres dorsales inférieures ou les vertèbres lombaires. Le tableau de la compression médullaire revêt dans ces cas la forme d'un syndrome de la queue du cheval ou celui d'une compression de la moelle lombo-sacrée. Alajouanine et Petit-Dutaillis mentionnent



la fréquence de syndrome de la queue du cheval unilatéral qui au début revêt l'aspect d'une lombo-sciatique. Le liquide céphalo-rachidien est généralement normal dans les compressions par *echondrosis* (Stookey). Alajouanine aurait pourtant observé, chez deux de ses malades, une légère dissociation albumino-citologique. L'épreuve de Stookey est parfois positive. Il en est de même de la myélographie. N. Antoni est le seul auteur qui aurait pu bénéficier de l'examen radiologique pour le diagnostic de l'affection qui nous occupe.

On ne peut nier l'action du traumatisme au point de vue pathogénique; il faut une cause déterminante pour la rupture de l'*annulus fibrosus* ou du ligament longitudinal postérieur. Cette rupture est soit le résultat de l'affaiblissement par troubles trophiques des parties dont il a été question, soit l'effet des microtraumatismes. Expérimentalement on aurait pu par la compression longitudinale de la colonne vertébrale, déterminer une dislocation du *nucleus pulposus*. Des expériences déjà anciennes de Ribbert sont en faveur de l'influence des traumatismes. Cet auteur en piquant le ligament longitudinal postérieur aurait pu réaliser une sorte de tuméfaction d'aspect tumorale du *nucleus pulposus*. Chez notre malade, qui est menuisier, il est logique de prendre en considération l'effet des microtraumatismes sur la colonne vertébrale. On peut par conséquent dans certains cas parler de l'influence de la profession.

La compression médullaire déterminée par les nodules de Luschka doit être traitée chirurgicalement. Après avoir laminectomisé le malade et mis à découvert les nodules comprimant la face antérieure de la moelle, il faut les enlever et ruginer profondément leur point d'insertion. Dans les cas heureux les douleurs disparaissent totalement, on peut même obtenir une guérison complète.

(Pour la bibliographie voir le texte en turc).



## FARMAKODİNAMİ :

### Carbon Bioxyd vasıtasile histamin inaktivasyonu

REŞAD SAMİ GARAN

Best ve Mc. Henry [1] nin tetkikleri uzviyetde histamin'in tahribinde organların ihtiva ettiği bir enzyme (histaminase)in amil olduğunu gösterdi. Bundan evvel ve bunu takip eden bazı mücerribler histamin'in tahribinde şimik ve biyolojik sair bazı amillerin olduğunu meydana koydular. Ezcümle Kendall [2] muhtelif aldehydlerin histamin'i melsa adaleleri tekallüs ettiremez bir hale getirdiğini gösterdi. Bu hususta en müessir adehyd'in formaldehyd olduğunu görülyordu. Bir kobaydan alınan uterus veya barsak parçasının bulunduğu Tyrode mahlulü içerisinde 1/750 nisbetinde formaldehyd mahlulülü ilâve edilirse histamin'in bu uzuvlara karşı tesirsiz kaldığı görülyor. Kendall bu hadiseye aldehyd'dlerin histamin ile bir «*Condensation product*» teşkil etmelerine atfetti. Best ve Mc. Henry [3] ise adelâtı melsamın tekallüs etmemesini histamin'in inactif kalmasından ileri gelmediğini, bilâkis formaldehydin melsa adale üzerine hususî bir tesiri neticesi olduğunu iddia ettiler. Son zamanlarda Edlbacher ve arkadaşları [4] histidin, arginin ve cystein gibi aminli asidlerin histamin'in tesirini bertaraf ettiğini gösterdiler. pH tahavvüllerinin histamin'in activitesi üzerine tesirini mutalea etmek üzere yaptığımız tecrübeler neticesinde bu cismin *réversible* bir inactivation şeklini tesbit ettik.

Tecrübelerde histamin titrağı için biolojik usul kullanıldı :

Bir kobayın ileum'undan alınan parçalar histamin için en hassas miyardır. Titraj için böyle bir barsak parçası 20 cm<sup>3</sup> Tyrode mayii ihtiva eden bir cam kabın içerisinde asıldı. Tyrode mayii

[1] Kendall A. I. : J. of infect. dis. 40. 698 (1927).

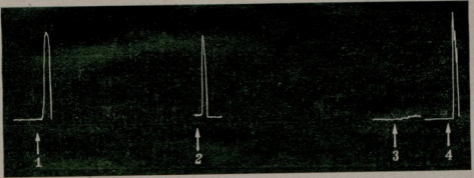
[2] Best C. H. u. Mc. Henry : J. of Physiol. 70, 394 (1930).

[3] Edlbacher, S., P. Jucker u. H. Bauer : Hoppe Seylers Z. f. physiol. Chem. 247, 63 (1937)

[4] Guggenheim, M. u. W. Löffler : Biochem Z. 72. 303 (1916)

Neukirsch ve Rona [5] nin formülüne nazaran ve daima taze hazırlandı. Bu mahlullerde muayyen pH dereceleri elde etmek için Sörensen [6] ın phosphatlı tampon mahlulleri kullanıldı. Banyonun hararet derecesi daima 38° de sabit tutuldu. Histamin mahlulu olarak dima  $10^{-7}$  nisbetinde sulandırılmış histamin dihydrochlorid den I cm. c. ilâve olunuyordu; o halde kabın içerisindeki nihai konsantrasyon  $5 \times 10^{-9}$  oluyordu.

Kalevi muhitte barsak parçası histamine karşı daha iyi cevap veriyor; pH 7,2-8 arasında bu reaksiyon azami haddinde oluyor, pH 7,2 nin altında reaksiyon zayıflıyor, pH 5,7 de ise pH. 7,3 e nazaran yarıyarıya ufalamış bulunuyor. Fakat mahlul hamızı oldukça barsağı histamine karşı gösterdiği reaksiyonun zayıflaması



Şekil 1. Tecridedilmiş kobay barsağı. Tyrode mayii pH 7,3

1. Histamin  $5 \cdot 10^{-9}$

2. Acetylcholin  $3,5 \cdot 10^{-9}$

3. Histamin  $5 \cdot 10^{-9}$  Tyrode mayiinden  $O_2$  geçiriliyor.

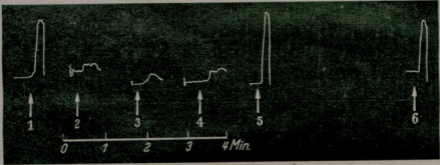
4. Acetylcholin  $3,5 \cdot 10^{-9}$  Tyrode mayiinden  $20\% O_2 + 80\% CO_2$  geçiriliyor.

histamin için *spécifique* bir hadise değildir; pH sı bu şekilde alçak bulunan mahlullerde barsak parçası kontraksiyon tevlid eden diğer amillere (acetylcholin, barium chlorid) karşı da aynı derecede ve belki daha hafif reaksiyon veriyor ve barsak uzunca müddet böyle bir mahlulde kalırsa artık ne histamin'e, ne de acetylcholin'e karşı cevap vermeyor; şiddetli kontraksiyon tevlid eden barium chlorid ilâvesile ancak gayet hafif bir kontraksiyon görülebiliyor.

[5] Neukirsch, P. ve P. Rona : Plüger's Arch. f. d. ges. Physiol. 144, 555 (1912)

[6] Sörensen, S.P.L. : Biochem. Zeitschr. 21 131 (1909), 22, 352 (1909)

İkinci bir tecrübe serisinde kalevililiği pH 7,3 olan Tyrode mayiinden 20 % oksijen ve 80 % CO<sub>2</sub> den mürekkep bir gaz mahlutu geçirildi; bu mayi içerisinde ilâve olunan histamin mahlulü hiç bir tesir göstermiyor. Tyrode mayii değiştirilir ve yeni Tyrode mayiinden yalnız O<sub>2</sub> geçirilirse aynı barsak parçası histamine karşı normal reaksiyon gösteriyor. Barsağın 80 % CO<sub>2</sub> müvacehesinde histaminden müteessir olmaması CO<sub>2</sub> tesirinde barsak adalesinde husule gelen herhangi bir değişiklikten değildir, çünkü aynı mayi içinde bulunan barsağın acetylcholin'e karşı gösterdiği reaksiyon eskisinden daha zayıf değildir. (Şekil 1). Buna diğer bir delil histamin mahlulünün doğrudan doğruya *in vitro* inactivé edilebilmesidir. Filhakika üçüncü bir tecrübe serisinde yalnız O<sub>2</sub>

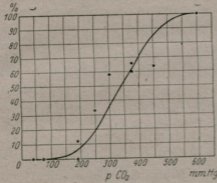


Şekil 2. Tecridedilmiş kobay barsağı. Tyrodé mayii. pH 7,3. daimi O<sub>2</sub> geçiriyor.

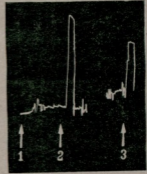
- 1 ve 5. İsm. m. histamin mahlulü 1.10<sup>-7</sup> (ilâveden evvel içerisinde 2 dakika CO<sub>2</sub> geçirilmiş.)
2. İsm. m. histamin mahlulü. 1.10<sup>-7</sup> (ilâveden evvel 2 dakika CO<sub>2</sub> geçirilmiş)
3. İsm. m. histamin mahlulü 1.10<sup>-7</sup> (ilâveden evvel 3 dakika CO<sub>2</sub> geçirilmiş)
4. İsm. m. histamin mahlulü 1.10<sup>-7</sup> (ilâveden evvel 8 dakika CO<sub>2</sub> geçirilmiş)
6. 4 numarada konulan mahlul; içerisinde 12 dakika N<sub>2</sub> geçirildikten sonra.

geçirilen bir Tyrode mayiinde bulunan barsak parçası üzerinde ayrı bir tecrübe tübünde içerisinde 2 dakika CO<sub>2</sub> geçirilmiş histamin mahlulünden 1 cm. c. ilâve ettik; bu mahlul de barsak parçası üzerinde hiç bir tesir göstermiyor. Bu suretle inactivé edilmiş histamin mahlulünü 30 dakika açık havada bırakarak veya içerisinde 10 dakika saf azot gazı geçirerek tamamiyle *réactivé* etmek kabil oluyor (Şekil 2). O halde bu (histamin-CO<sub>2</sub>) bağlanması *reversible* olduğu ve bu muamelenin mahluldeki CO<sub>2</sub> kısmı tevetürü ile mütenasib olduğu düşünülebilir. Filhakika histamin inak-

tivasyonunun derecesi  $\text{CO}_2$  ile birleşen histamin miktarına tabidir; o halde histamin mahlulünden muhtelif nisbetlerde  $\text{CO}_2\text{-N}_2$  mahlulu geçirilerek elde edilen histamin inaktivasyonunun büyüklüğü, yani  $\text{CO}_2$  ile birleşen histamin miktarına ait kıymetler bir *coordonnée* sistemine nakledilirse (Şekil 3) elde edilen münhaninin seyri hemoglobinin aynı şeraitte  $\text{CO}_2$  ile bağlanmasına ait kıymetlerin



(Şekil — 3)



- Şekil 4. Tecrid edilmiş kobay barsağı. Tyrode mayii. pH. 7,8 daimi  $\text{O}_2$  geçiriliyor.
1. İçerisinden 2 dakika  $\text{CO}_2$  geçirilmiş  $1 \cdot 10^{-7}$  histamin mahlulu. Ism. m.
  2.  $1 \cdot 10^{-7}$  histamin mahlulu. Ism. m.
  3. pH = 7,8 olan bir vasatta  $1 \cdot 10^{-7}$  sulandırılmış ve içerisinden 3 dakika  $\text{CO}_2$  geçirilmiş histamin.

teşkil ettiği münhaniye muvazidir. [7] Histamin'in bu tarzda inaktivasyonunun hamızı vasatta mümkün olmaması bu bağlanmanın (Şekil 4) hemoglobinde olduğu gibi carbamide şeklinde bir mürekkep teşkil etmek suretile olduğuna bir delildir.

[7] Groscurth, G. ve R. Havemann : Biochem. Zeitschr. Bd. 279, S. 300. 1935 ile mukayese.

## Inactivation de l'histamine par le bioxyde de carbone

Dr. RÉCHAD SAMI GARAN

Kendall [1] a démontré que les différentes aldéhydes rendent l'intestin et l'utérus des cobayes insensibles à l'action de l'histamine. C'est la formaldéhyde qui exerce la plus forte action en ce sens. Déjà une solution de 1/750 arrête, dans les muscles de l'intestin et de l'utérus, les contractions provoquées par l'histamine. Kendall attribuait cette inactivation à la formation d'un nouveau corps par la combinaison de l'histamine avec l'aldéhyde.

Best et Mac Henry [2] ont reproduit ces expériences, mais ils attribuent l'inertie des muscles lisses non pas à l'inactivation de l'histamine, mais à l'influence de la formaldéhyde sur les muscles eux-mêmes.

Ces derniers temps, S. Edlbacher et ses collaborateurs ont démontré [3] que l'arginine, l'histidine et la cystéine paralysaient également l'effet de l'histamine sur l'intestin.

Nous-même, au cours de recherches concernant l'influence du changement de pH sur l'activité de l'histamine sur l'intestin, nous avons constaté une forme réversible de l'inactivation de cette base.

Pour doser l'histamine, nous avons utilisé la méthode de Guggenheim et Löffler [4] qui opèrent sur l'intestin de cobaye: l'intestin est suspendu dans 20 cmc de solution de Tyrode. Selon l'indication de Neukirch et Rona, [1] nous avons toujours préparé nos solutions de Tyrode sur le moment même, en partant de la solution concentrée, et pour déterminer la valeur de pH, nous nous sommes adressé, d'après les indications de Sørensen, [6] à différentes solutions tampons de phosphate.

La température du bain où se trouvait l'intestin était maintenue à 38°. Nous mettions sur 19 cmc de Tyrode, un cmc d'une solution de chlorhydrate d'histamine (de la firme Fraenkel et Landau). La dilution de l'histamine dans les vaisseaux de l'intestin correspond à 5/10.<sup>9</sup> L'intestin réagit le mieux à l'histamine dans une solution dont le pH se trouve entre 7,2 et 8; et il réagit faiblement lorsque le pH est entre 6,8 et 7,2. Lorsqu'on baisse le pH au-dessous de 6,8, la réaction devient encore plus faible. Dans un pH de 5,7, la réaction n'est plus que la moitié de celle constatée avec un pH de 7,3.

Cet affaiblissement de la réaction n'est pas spécifique à l'histamine. En effet, au pH 5,7, l'acétylcholine agit deux fois moins, et le chlorure de barium trois fois moins, sur l'intestin que pour un pH 7,3.

Une préparation de l'intestin restée longtemps dans une pareille solution nutritive, n'est plus influencée par l'histamine, et elle l'est rarement par l'acétylcholine, et dans ce cas d'une manière très lente et très faible.

Dans une deuxième série d'expériences, nous avons fait passer au travers de la solution de Tyrode ayant un pH de 7,3, un mélange de 20 % d'oxygène et 80 % de dioxyde de carbone. Dans ces conditions, la solution d'histamine n'a plus aucun effet sur l'intestin. Si on change alors la solution nutritive, et qu'on fasse passer cette fois-ci de l'oxygène pur, on constate que l'intestin réagit de nouveau à l'action de l'histamine.

Donc, cette inactivation de l'effet de l'histamine n'a pas été le résultat de l'influence directe du gaz carbonique sur le muscle de l'intestin. Car, même au moment du passage de l'acide carbonique, l'intestin continue à réagir à l'action de l'acétylcholine (fig. 1)

Une deuxième preuve de ce que nous avançons nous est fournie par l'inactivation de la solution d'histamine par  $\text{CO}_2$  in vitro. En effet, dans une troisième série d'expériences, nous avons plongé un morceau d'intestin, qui n'avait pas été mis en contact avec l'acide carbonique, dans une solution nutritive à laquelle nous ajoutons 1 cmc. d'une solution d'histamine, laquelle avait été soumise auparavant, dans un verre et durant 2 minutes, à l'action de  $\text{CO}_2$ . Dans ces conditions, on ne constatait aucun effet de l'histamine.

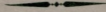
Les solutions d'histamine ainsi inactivées redeviennent de nouveau actives si on les laisse pendant une demi-heure à l'air libre, ou bien si on y fait passer pendant 10 minutes de l'oxygène pur (fig. 2). On voit donc que la combinaison Histamine —  $\text{CO}_2$  est réversible, et qu'elle dépend de la tension partielle du dioxyde de carbone.

Si on montre par une courbe les différents degrés de l'inactivation d'histamine suivant la tension partielle de  $\text{CO}_2$  (fig. 3), on constate que cette courbe est à peu près parallèle à celle de la combinaison Hémoglobine- $\text{CO}_2$ . [7] Plus tard, nous avons vu que l'action de  $\text{CO}_2$  sur l'histamine était moins forte dans un milieu acide (pH=6) que dans un milieu dont le pH était 7,3 (fig. 4).

Ces constatations peuvent s'expliquer si on accepte que l'inactivation de l'histamine par CO<sub>2</sub> provient de la formation d'une nouvelle substance : une composée carbaminée.

### Bibliographie :

- 1) Kendall, A. I: J. of infect. dis. 40, 698 (1927)
- 2) Best, C. H. et Mc. Henry : J. of physiol. 70, 394, (1930)
- 3) Edlbacher, S, P. Jucker et H, Bauer : Hoppe-Seyler's Zeitschr. f. physiol. Chemie 247, 63, (1937)
- 4) Guggenheim, M. et W. Loeffler : Biochemische Zeitschr. 72, 303, (1916)
- 5) Neukirsch, P. et P. Rona : Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiol. 144, 555, (1912)
- 6) Soerensen, S. P. L. : Biochem. Zeitschr. 21, 131 (1909) 22, 352 (1909)
- 7) Groscurth, G. et R. Havemann ; Biochem. Zeitschr, 279, 300 (1935)



## HULÂSALAR

**Asabi merkezlerin tüberkülozu — D. Paulian,** Archives de neurochirurgie sene I, numara (2) Sahife 223 - 192

Tüberküloz çoktanberi malum olan bir hastalık olduğu halde, mütalâası ancak 1882 de mikrobunun Koch tarafından keşfinden sonra inkişaf edebilmiştir. O zamandanberi yapılan araştırmaların neticesi olarak bir çok vekaide Koch basili mayi dimağ şevkide tesbit edilmektedir. Bu vakaların hepsi dimaği tüberküloz ibraz etmediklerinden dolayı, basillerin, spesifik araz vermeden de mayide bulunabildikleri fikri ortaya konuldu. Bunun sebebi basillerin adedinin az olması, zayıf bulunmaları veya genç virus şeklinde bulunmaları olarak kabul edilebilir. Koch basilleri cümle asabiyeye kan yolu ile veya kılıf kemiklerinin harabiyetile temas suretile gelebilir. Fakat Koch basili asabi nesipden fazla sa-



hayayı sevdiği için menenjitler daha kesretle görülmektedir. bunun da sebebi, dimağ paranzmasının muhtelif viruslara karşı çok kuvvetli bir müdafaa kuvvetine malik olmasıdır.

Tüberkülozun sahayada temerküzü üç muhtelif şekilde olur :

- 1 — Pseudo menenjit veya menenjit seröz.
- 2 — Mihraki menenjit
- 3 — Müzmin ve difüz menenjit.

*Birinci sekil*, zayıf basiller tarafından tevlit edilip dahili dimağ fart tazyiki ve orta derecede huleyme rüküdeti ile kendini gösterir. Teşhisi çok müşkül olup dimağ tümörü ile karışabilir.

*Mihraki menenjit*, sahranın basille bir harabiyetinden veya kubbe kılıf harabiyetinden sonra görülür. Burada sahayanın yer yer kalınlaştığı müşahede edilir.

*Müzmin ve difoz menenjit*, hydrocephalie interne namını alan bu şekil bazılarında göre kan yolu ile gelen bir enfeksiyon olup diğer müelliflere göre ise dimaği bir mihraktan gelen büyük miktarda basillerin mesafei tahtelankebutiyeye yayılmasından husule gelir.

Menenjit tüberküloz ekseriya ilk baharda görülür. Umumi arazi şöyledir: Baş ağrısı, kay, kabız, 38°-39° hararet, Brudzinski, Kernig âlâmetleri ilâh.. Son devirlerinde hararet münhanisinin düşerek nabzın yükselmesiyle husule gelen tasallub âlâmetine ölüm salibi namı verilir. Hakikaten şimdiye kadar daima ölüm ile neticelenir, burada derin şua tedavisi ve tahtelcilt allergine zerki tecrübe edilebilir.

Tüberküloz, dimağda müctemi şekilde tuberculome'lerde husule getirir. Bu şekil 3 - 5 yaş ile 20 - 30 yaş arasında daha kesretle görülür, tüberkülomlar bütün dimağda bulunabildikleri halde dimağçeye bilhassa çok musallat olurlar. İnkişaf devirlerinde etraflarında tuberculigene bir zar bulunup burada bulunan B.K lar vasıtasile hastalık etrafa yayılabilir. Bilâhara bu zar tekellüs eder ve içi temeyyü ederek soğuk apse şeklini alır. Tüberkülomların hacmi, mevkii ve adetleri çok muhtelifdir. Arazı dimağ tümörlerine yakın olup teşhisi ekseriya müşküldür. Tüberkülomlar, bir çok hastahkları taklid ederler. 1930 da poliomyélite teşhis ile ölen bir çocuk vakası neşrettik; diğer vekayide mayi dimağ şevki müsbet olup dimaği frengi teşhisini koydurur.

Cerrahi olarak tüberkülomları çıkarmak tehlikeli olup Cushing e nazaran ilk üç ayda daima menenjit tüberküloz husule gelir. Onun için bu müellif, taziki dimağiye azaltmak maksadile trepanasyon yaparak oraya ultra viyole tatbik etmekle iktifa eder.

Dimaağ tüberkülozunun çok nadir diğer bir şekli, dimaağ tüberküloz apsesidir. Bunun hacmi ekseriya büyük olup yeşilimsi koyu bir mayı ihtiva eder.

Menenjit, Tüberküloz ve apsedan mada, tüberküloz dimaağda Chorée de Sydenham gibi muhtelif lezyonlar yapabilir. Lowenstein, bir kaç chorée vakasında kan ve mayı dimaağ şevkide basil tesbit etmeğe muvaffak olmuştur.

Lowenstein e göre dimaağ eviyesinin tüberküloz lezyonları nadir değildir. Bunlar küçük neziflere sebep olup bazen sclérose en plaque arazını verebilir.

Bazı vakayide tüberküloz démence précose gibi spychique tagayyürler gösterilmektedir. Basiller tarafından ifraz olunan toksinler kâzip bir optimisme, euphorie hali yaratır. Bu tagayyürlerin bazıları ise teraküm eden CO<sub>2</sub> nin tesirile husule gelmektedir.

Claude, bunun aksi olarak, tüberküloz lezyonu fenalaşınca ortadan silinen ruhi araz yazmıştır.

Koch basili nuha şevkii iptidai olarak nadiren afetzedede eder. Ekseriya bir mal de Pott akabinde ve kemikten sirayet suretile husule gelir.

Mal de Pott ın asabi arazi zuhur eder. Evvelâ psödo nevrallerle başhyarak parapleji potik bilâhara tezahur eder. Bu felç, flasque veya spastique olabilir. Bu felçlerin sebebi, kemik taziyeki, dahil kanat şevki apsesi, bazen de bir pachymenengite olabilir. Teşhisi, mevcut olan gibbosité, mevzii ağrı, amudu fıkari sertliğinden dolayı kolaydır.

Tedavi burada istirahat, deniz havası, kalsiyom ilâh gibi umumî tedavidir.

Myelite tuberculeuse, büyük reevi afet taşıyan hastalarda çok görölmektedir. Bunlarda ölümlle nihayetlenme çok kesretle görölür. Bu makalenin başında, cümlei asabiyede tüberküloz lezyonu göstermeyen vakalarda da kan ve mayı dimaağı şevkide basil bulunduğunu söyledik. Bunlar, Nicolle tarafından icat edilen «Vürüs de sortie» lerdir. Basillerin, insan ukadati lenfaviyesinde saprofit olarak bulunabildiği malûmdur. Herhangi bir enfeksiyon esnasında bu basiller yuvalarından çıkarak devranda dolaşabilirler. Bunlar niçin tüberküloz puseleri tevlit etmezler? Bazı müelliflere göre genç basillerin etrafında bulunan muhafaza tabakası bunlarda mevcut olmadığından dolayı kolaylıkla fagosite edilmektedirler. Demek ki bir hastanın kanında basillerin, bulun-

ması onun musab olduğu hastalığın tuberküloz olduğuna delâlet etmez.

Tuberkülozun cümlei asabiyede yaptığı tahribatı kısaca gözden geçirdik. Tuberküloz aslan ağır bir hastalıktır. Asabi merkezlerde bulunduğu zaman, daima öldürücüdür. Bazı müellifler, iyileşmiş tuberkülom ve menenjit tuberküloz vakası yazmışlardır. Bugün kaybedilmiş gibi telekki edilen bu vakaları yakın bir istikbalde kurtarabileceğimizi ümit edelim.

### Metine Belger

**Histeri hakkında bugünkü bilgilerimiz** — *Archives de Neurologie.*  
*Directeur D. Paulian.* Bucarest (1938).

Histeri mevzuu, emrazda en çok münakaşa edilen meselelerden biridir. 1935 de Brüksel kongresinde Hartenberg'in iddia ettiği gibi bu hakikaten yalnız âlimlerin dimağında yaşayıp aslı olmayan bir nevroz mudur? Hipokrat zamanından bugüne kadar devam eden bu münakaşaların müsbet hiç bir şey'e istinad etmediğini kabul etmek biraz güç olurdu.

Hipokrat ve Platon devrinden 1618 tarihine kadar, histerinin sebebi, rahimde temerküz eden bir haleti marazi olarak telâkki edilmiştir. 1618 de ilk defa olarak sebebin rahimden ziyade dimağda bulunduğu iddia edilmiş ve bunu takib eden bir çok münakaşalardan sonra Charcot zamanında bu hastalık altın devresini yaşamıştır. Bu büyük âlime göre histeri kendini paraziler, anestezi, kanamalar, gangirenler gibi her şekilde gösterebilir. Babinsky ise histeriyi tarif ederek telkin ile husule gelen ve telkin ile şifayab olan hastalık diye anlatmış ve pitiatisme ismini daha münasip bulmuştur.

Büyük harbi takib eden ansefalit letarjik epidemisi, histeri meselesini tekrar uyandırdı. Post ansefalit hastaların fevkalâde çoğalmış suggestibilitê'ye malik oldukları ve dolayisile histeri tezahüratının da bu ansefalitten sonra görülen bozukluklarla münasebette olduğu nazariyesi ortaya konulmuş oldu. Babinsky'nin tarif ettiği çerçiveden çıkan bu yeni görüş yeni bir münakaşa devri kurdu : bazı müelliflere göre kırsı dimağda ve nüvatı merkeziyede toplanan lokalizasyonlar kabul ettikleri halde, diğerleri bu hastalığı, dimağı hiç bir tegayyür göstermiyen ruhî bir bozukluk olduğunu iddiada devam ettiler.

Claude, Laignel-Lavastine, E. Gebua, Salomon ilâh.. pitiatisme'i klinik bir vahdet olarak kabul etmekle beraber daha geniş gö-

rüslere doğru temayül etmektedirler. Froment ve Clovis Vincent ise Babinsky'nin pitiatisme'isini olduğu gibi kabul etmektedirler.

Bütün bu müelliflerin delilleri çok kuvvetli. Aceba hangileri haklı? Bunu bize istikbal öğretecektir.

**Metine Belger.**

**Histeri meselesinin vaziyeti hakkında — Archives de Neurologie.** Paulian. Dr. H. Bruk.

Histeri meselesi, tababetin menşei ile başlar ve bazı devirlerde daha çok alâka uyandırır. İşte şimdi de bu hastalık gene bu devirlerinden birini yaşamaktadır.

Charcot, muayyen teşrihi tegayyürler gösteren asabi cümle hastalıkları yanında, vazifevi bozukluklardan ibaret olan bir grup daha ayırmış ve histeriyi de bu meyanda mütalea etmiştir.

Charcot'dan sonra Babinsky ile beraber bu mesele başka bir şekil almaya başladı. Bu âlime göre ruhi faktörler ve bilhassa irade, histeride çok mühim bir rol oynamaktadır. Fakat bu nazariye, o zamana kadar tek bir vahdet olarak mütalea edilen cümlei asabiye hastalıklarını, ruhi ve asabi olarak ikiye ayırmaya sebep olmuştur. Bunun bir neticesi olarak, histerikler ihmal edilmiş, anlaşılmamış ve yanlış olarak temaruz ile itham edilmişlerdir.

Son seneler zarfında histeri meselesi etrafında gene iki grup teşekkül etti. Bazı müelliflere göre histerinin bir çok tezahüratı uzvi çürüklükler çerçevesine idhal edilebilir. Diğerlerine göre ise bunların esası fizyolojik olup Charcot'nun nazariyesine yaklaşmaktadır.

Birinci nazariye, ansefalit letarjikten sonra görülen ve nüvati sincabiyenin bozukluğuna atfedilen histeri hamlelerinin müşahedesinden doğmuştur. İkinci nazariye ise doğrudan doğruya Charcot'ya yaklaşmak için çalışmaktadır. Bizce bu müşahededen müsbet bir netice elde edebilmek için uzvi ve gayri uzvi bozuklukların tevliid ettikleri ârazi birer birer mütalea etmek lâzımdır. Fakat burada uzvi tegayyürlerle ruhi tegayyürleri çarpıştırmaktansa cümlei asabiye merkeziyenin iki muhtelif hastalık nev'ini ayırmak daha doğru olur. Bunlardan birincisi lokalizasyon sendromlarını teşkil etmekte ve muayyen hususi bazı merakizin tegayyürü ile muttasıf daima aynı ârazi göstermektedir. İkincisi ise cümlei asabiyenin münteşir bir tegayyürile muttasıf olup burada hususi bazı ârazdan fazla ruhi şahsiyetle birleşmiş ve haricen iradi bazı tezahürat gibi gözüken âraz gösterir. Bunlar psychopathique hastalıklar olup

fazla kuvvetli olduğu zaman catatonie, daha hafif şekillerde ise histeri tablosunu ibraz eder. Bu nazariye neurologie ile psychiatrie'yi barıştırmakta ve yeni bir devir açmaktadır.

**Metine Belger**

**Mutisme Hysterique mekanizma ve tedavisi hakkında** — *Archives de neurologie*. A. Dimolesco.

Eskiden çok tesaduf edilen büyük histerik tabloları bugün ehemmiyetli bir nisbette azalmıştır. Her günkü pratiğimizde rast geldiğimiz şekiller daha ziyade ihtilâcat, afazi, amnezi, mütizm olup bilhassa bu sonuncusu çok görülmektedir.

Birdenbire husule gelen bu tezahürat tedavi, klinik ve adli tıp noktai nazarından bazen çok mühim meseleler tevlid etmektedir.

Umumiyetle histerik fenomenlerin başlangıcında zemin çok büyük bir rol oynamaktadır. Dupré ve Logre, histerinin zemininde daima mythomaniaque bir bünyenin mevcudiyetini isbata muvaffak oldular. Böylece histerik bir hastanın mazisinde her zaman yalan söylemek, kendini beyenmek, teatral pozlar, yardım etmeyi sevmek gibi bazı karakteristik tezahüratı görmek kabildir. İşte böyle bir zemin üzerindedir ki her hangi bir heyecanı müteakib histeri aksesi husule gelir ki bu bir çok zamanlar kendini mütizm şeklinde gösterir. Biz, kliniğimizde, biri erkek olan ve telkin ile tamamen şifayab olan 5 mütizm histerik vak'ası kaydetmiye muvaffak olduk. Bunlar 20-40 yaş arasında olup büyük bir heyecan - ekseriya kavğa - dan sonra başlamış ve yalnız tek bir araz gösterdikten sonra telkin ile iyi olmuştur.

Bu kriz histeriğe tekaddüm eden şeraiti tahlil edecek olursak asıl sebep gibi görünen fakat hakikatte bardağı taşıran damla vazifesini gören heyecandan başka zeminde halledilemiyen ruhi bir mücadelenin mevcudiyetini görüyoruz. Löwenstein ve Parcheminey gibi bazı müellifler esasen histeriyi psychanalyse noktai nazardan mütalea etmekte ve bunun mevcut olan ruhi mücadelemnin halli ile tedavi edilebildiğini iddia etmektedirler. Bu nazariyenin bütün histeri tezahüratını tarif ettiğini iddia etmemekle beraber, her gün gelen histeri krizlerinin mekanizmasını bir dereceye kadar izah ettiği kanaatinde bulunuyoruz..

**Metine Belger**

**Şiryani hipertansiyon ( Splanchnectomie ile tedavi ) — J. Faquet ve C. Lian tarafından :**

Şiryani hipertansiyonun tedavisi, sebebi malûm olmadıkça ayrılmak üzere mahkûmdur. Mamafî bazı tecrübelerden elde edilen neticeleri tetkik etmek faydalı olacaktır.

Burada Splanchnectomie (asabî hasrevî kebir) in katında alınan neticeleri gözden geçirmekle iktifa edeceğiz.

**Metodun prensipleri :** Bunun gayesi :

- 1 — Adrenalin ifrazını azaltmak
- 2 — Mahfazai fevkalkilye mihhının dumurunu elde etmek
- 3 — Batında bir eviye tevessüü tevhit ederek hipertansiyona karşı yardım etmek

**Neticeler :** Bu ameliye en çok İtalya ve Amerikada tatbik edilmiştir. Bréhant'ın 16 vak'asının 4 veya 5 inde şiryani tazyikli sukut etmiş, diğerlerinde ise tazyik aynı kalmakla beraber vazifevi bozukluklar kaybolmuştur.

M. Beet iki taraflı splanchnectomie yapılmış olan vak'aların % 85 inde çok iyi neticeler elde etmiştir. Fakat burada da salâh tazyik düşmesinden fazla vazifevi ârazın düzelmesidir.

Diğer taraftan Ciceri fevkalâde iyi netice vermiş olan 5 müşahede zikretmektedir. Bunların üçünde tazyik 11-30 dan 10-16 ya, 11-22 den 9-13 e, 13-24 den 11-15 e düşmüştür.

Nihayet son zamanlarda Allen ve Adisson 85 hasta üzerinde tatbik ettikleri ameliyatın neticelerini zikretmektedirler. Burada iki tarafta splanchnectomie ile beraber ilk iki katanî ukde de çıkarılmıştır. Evvelâ bir taraf, bilâhare diğer tarafta ameliyat yapılmaktadır. Elde edilen neticeler şunlardır : Neticesiz kalmış vak'a % 45, % 30 salâh ve % 25 şifa. Salâh veya şifa göstermiş olan vak'alar, nitrit de sud veya uyku ile tazyik sukutu gösteren vak'alar olduğundan dolayı ameliyat yapılmadan evvel bazı tecrübelerle vak'anın bu tedaviden istifade edip edemeyeceği tesbit edilebilir.

Kendi vak'amız, kilye bozukluğu göstermyien yüksek tazyikli 23 yaşında bir genç kızdır. Tazyik, ameliyattan sonra düşmekle beraber 4 ay sonra gene ilk vaziyetine avdet etmiştir.

**Münakaşa :** Splanchnectomie, şiryani hipertansiyonda iyi netice verdiği halde nazari olarak bir çok münakaşalara maruz kalabilir. İlk olarak Deude tarafından teklif edilen Splanchn-

ectomie gayri kâfidir. Zira her iki guddei fevkalkilyenin asabı ayrı ayrı seyreder. Bu sebepten dolayıdır ki son zamanlar da her iki asabı haşevii kebir kesilmiştir.

Diğer taraftan hayvan tecrübeleri de, ancak kısa bir müddet devam eden bir hipotansiyon husule getirmiştir. Netice olarak şimdiye kadar neşredilen müşahedeler pek ikna edici değildir. Burada elde edilen salah ancak kısa bir müddet için olup uzun zaman devam eden neticeler çok nadirdir.

Metine Belger

## TÜRK TIB TARİHİ:

### Doktor Rifat Osmana göre bizde Radyolojinin başlangıcı



A. SÖHEYL UNVER

Doktor ve ilk radyolog Rifat Osman Bizde Esat Feyzi ile ilk Röntgencilerimizdendir. Tıp talebeliğinin son senesinde kendisinde başlayan bu merak hayatının sonuna kadar devam etmiş, Haydar paşa askeri hastanesi Röntgen mütahassıslığından tekaüt olarak Edirne hastanesi Röntgen mütehassısı olmuş ve o vazifede iken 1933 de Edirne'de vefat etmiştir. Esasen Tıbbiyeden neşetinden sonra Edirne, Selânik ve Manastır hastanelerinde ilk Röntgen aleti montajını da kendisine yaptırmışlardır. Kendisinin tıp tarihi enstitüsünde mevcut ve hayatında ısrarımız üzerine yazdırılmış defteri hatıratında ilk defa Röntgene nasıl başladığını öğreniyoruz. Bizce mevsuk olan bu tarihçenin aynen neşrini faydeli buluyoruz.

Doktor radyolog Rifat Osman hatıratında böyle anlatıyor :

(.... Tisalya Muharebatı safahatı ilerledikçe bittabi mecruhu adide çoğalmağa başlamışdı. İstanbula mecruhinin nakillerinin ve bilhassa ağırca mecruh olanlarının Yıldız hastanei askerisinde tahtı tedaviye alınmalarına ve mektebi tıbbiye Seririyatı hariciye muallimi (Prof. gen.) Cemil paşanın da tertib edeceği bir

maiyet ile Yıldız hastanesine muvakkaten devamına irade sadır olmuşdu. Bu tarihlerde (Prof. general) Cemil paşanın Seririyatına devam ile hatıratı tıbbiyesine icabeden boyalı ve boyasız resimleri yapar ve fotoğraf makinem ile de icabeden hastahkların kablel ameliyat ve badelameliyat fotoğraflarını yapardım. (Prof. gen.) Cemil paşanın Yıldız hastanesine tayininden sonra paşaya müracaatla atide numünesi muharrer lâyhayı takdim ettim.

Mecruhini guzatı Osmaniyenin Yıldız hastanei alisinde tahti tedaviye alınacakları evrakı havadiste minnet ve şükranla mü-talea edilmesine mebni mektebi tıbbiye hikmeti tabiiye müzehanesinde bulunan ve cüzi noksanı olan eşi'ai meçhule [1] cihazının hastanei alii mezkûre naklile âmâkı bedende mevkileri meçhul kalan kurşun ve mermi parçalarile suveri muhtelifede vukua gelen kûsuru izamın tayini mahyetleri haklarında cihazı mezkûrun tarafımızdan istimaline ve bu suretle salifül'arz eşi'ai meçhule tatbikatı şerefının cihanı medeniyetde tababeti Osmaniyeye izafe edilmesine ve mecruhinin iztirabatı medideden tahlis olunmalarına lütfen zatı alii üstadanelerinin tavassut buyurmasını arz ve istirham eleriz.

Es'at Feyzi

Rifat Osman

Bu lâyhayı Cemil paşaya takdim ettim. Paşa fevkalâde memnun olarak Lâyhâmızı Zeki paşaya takdim ile lâzım gelen teşebbüsatda bulunacağını söyledi. Üç gün sonra nezaretten mekteb müdüriyetine gelen bir emir üzerine her sabah muntazaman

---

[1]..... Almanyada Würzburg Darülfünunu Hikmeti tabiiye dershanesi müstahzırlarından ve erbabi dirayetden Müsyü Röntgen (kroks botuları) denilen bir nevi zücacı ve tulani ve elektrik lâmbası nevinden alât ile tecrübeler yaptıği esnada ecsamı kesifeyi mürur edici bir ziyayı keşfettiğinden resaili fenniye de in-tişar eden malumat üzerine tarihi mezkûrda Hikmet müzehanesinde bulunan refikim Es'ad Feyzi ile birlikte muallimimiz Antranik paşanın müsaadesile tecrübeler yaptık. Ben de muallimin dershanede muavin ve müzakerecisi bulunduğumdan Müzehanedeki alât ile arzu ettiğim tecrübeleri yapmakta serbestim.

Fakat refikimi haberdar etmeği bir vecibei kadrişinasi gibi gördüm ise de arkadaşım .... benim vefa ve sadakatımı sui istimal etmişdir. Devleti (osmaniye) Yunanistan muharebesinin zuhurunda her vesile ile beni himaye ve iktisabı feyz ve terekkiye bezli atifet eden Cemil paşaya müracaatle Yıldız hastanesinde Röntgen şuaı tatbikatı yapmak arzusunda bulunduğumu ve dokuzuncu sınıfta bulunan arkadaşım Es'ad Feyzi efendinin de birlikde lâyhayı imza edeceğini söylemişdim....



Yıldız hastanesine azimetle Cemil paşa kısmında çalıştıktan sonra akşamları mektebimize avdet edeceğimiz ve mekteb Hikmeti tabiiye müzehanesinden icab eden alât ve edevatı usulen alarak hastanei mezkûreye nakleyeyeceğimiz ve cihazı mezkûrun işletme masarifinin hastane sertababeti tarafından tediye kılınacağı bildirilmişdi.

Es'ad Feyzi ile birlikte müzehaneden icabeden echizeyi alıp nushateyn olarak makbuz defterleriui hazırladık, ve mekteb nezaretine tasdik ettirerek Müzeyeye vaz'i ile echizeyi Yıldız hastanesine nakleyedik ve tedariklerine haricden lüzumu olan malzemenin dahi defterini tanzim ile Cemil paşa vasıtasile hastane sertabibine takdim ettik ve hastaneye maa echize muvasalatımızın haftasında ilk hastanın muayenesine avni hak ile muvafak olduk ki bu nefer Boyabadlı Mehmed isminde bir nefer olup sağ bileğinden muztarib ve mecruh idi. (1 ve 2) Mehmedin tarzı muayenesini gösterir tarafımdan yapılan fotoğraf Dr. Besim Ömer paşanın (1315) tarihinde tob'olunan (Nevsali Afiyet) nam eseri müteberinin (226)ıncı sahifesinde vardır. Bu levhada görüldüğü vech üzere eşi'ai meçhulenin menbai teşa'u' olan ve ampul tabir edilen (Cihazı Zücaci) sureti mahsusada bir mahmele tutturulmak lâzım iken mezkûr mahmelin bulunmamasına ve Almanya'ya verilen siparişin vürud etmemesine mebni adı bir fotoğraf makinesi seh-pasına tutturulmuştu. Gerek bu resim ve gerekse Mehmedin sağ bileğinin dahilini ve kurşun parçalarını gösterir fotoğraflar Cemil paşa tarafından (Abdülhamid) takdim olundu.

Aradan bir kaç gün mürur ettikten sonra hastane sertabibi Raşit paşa beni odasına çağırarak kaymakam Dr. Salih beyin Röntgen şuaı ile mütehassis olup olmadığını sordu ve ben de böyle bir şeyden malûmatım olmadığı söyledim. Bir kaç saat sonra Salih bey odamıza gelerek... bizim ile birlikte çalışmak istediğini ve hiç bir şeye karışmayıp mahza hariçten mübaya'ya edilecek her türlü levazımatı tedarik edeceğini bizim de yalnız hususatı fenniye ile iştigal edip mübaya'at ile yorulmamaklığımızı tebliğ etti. Halbuki bizim mübaya'at ile bir alâkamız yoktu, bizim istediklerimizi hastane mübaya'ya ediyor idi. Cemil paşaya Salih beyin geldiğini ve söylediği sözleri söyledim.

Cemil paşa : «Tanıdığım bir zat değildir» Röntgen şuaı tatbikatını öğrenmeği merak etmiş, devam edip öğrenecekmiş; bana verilen malûmat bu kadar.» dedi. Dedim ki : — Paşa Hazretleri beyin dairemize müracaatı hakkında bir emri resmî yok ise

başımız derde girer. Zira Raşid paşa odanıza kimseyi koymayınız diye her gün tenbih ediyor. Sonra başımız ağrımazın.

Paşa cevabında : Siz bilirsiniz. Oda sizin idarenizde. Raşid paşaya malûmat veriniz. O ne derse ona göre hareket ediniz....

Raşid Paşaya gittim, Cemil paşa ile olan mükâlemeyi ve aldığı cevabı söyledim. Raşid paşa dan : - Salih beyin devamı



1 — Mecruh gazilerden Boyabadlı Mehmedin kolunda Röntgen usulile kurşun taharrisi (Besim Ömer - Nevsali afiyet 1315.)

hakkında bir emir almadım. Ben odayı senin idarende bilirim, hatta arkadaşımı dahi şöyle tanırım. Salih beyin devamından dolayı bir vak'a tahaddüs ederse karışmam. Demez mi? Ferdaya Salih beye dedim ki : — Bey efendi zatı alileri dersanede muallimimizsiniz, bu keyfiyet başka; fakat bura ile mektebin beynin-

de bir münasebet yok. Bize odanıza kimse girmiyecek ve Salih beyin devamından dolayı bir vak'a tahaddüs ederse mesul sizsiniz diyorlar, reca ederim şu müşevveş vaziyeti tenvir için Raşid paşanın odasına gidelim. Muallim hiddet etti. Ba irade devam eylediğini söyledi. Bizde ne olursa olsun Allah kerim dedik. İşimize baktık.

Zati meseleye gelince : Benim, refikim Es'at Feyzi ile birlikte



2 — Mecruh gazinin Röntgen usulile resmi çıkarılan eli ve kemik derununda kurşunun görünüşü (Besim Ömer - Nevsalî afiyet 1315)

mecruhin üzerinde Röntgen şuaı tatbikatında bulunmaktığım eşi'ai mezkûrenin keşfindenberi (ilk muharebe mecruhlarına tatbik) olduğundan ve tarihi mezkûrda bu şubede yetişmiş mütehassıslar Avrupada dahi fevkalâde ender bulunduğu halde iki Türk mektebi tıbbiye talebesinin bu suretle muvaffakiyetleri o tarihte yıldız hastanesinde çalışan Alman Salibi Ahmer heyeti sertabibi ve

Röntgen mütehassısı (Doktor Kotner) in nazarı hayretini celbettiğinden bizi sefaretde medhü sena eylemiş, sefir de (Abdülhamide) arzı tebrikât ile yaptığımız resimlerden bir kaç adedinin ihsan buyurmasını iltimas eylediğinden gayret ve muvaffakiyeti-miz mahzuniyeti mucib olmuştur.

(Abdülhamid) e resimleri takdim ettikten on gün sonra Yıldız fırkası kumandanı Şevket paşa kalabalık bir maiyet ile makinelerin bulunduğu daireye gelerek temaşa ve makinelerin tarzı faaliyetleri hakkında malûmat aldıktan sonra içinizde Salih bey hanginizdir dedi. Bu Salih beyin mektebde muallim muavini olduğu ve dairemize Sarayı humayunda nöbetçi oldukça seyretmek için geldiğini ve makineleri kullanan ve hastaları muayene edenlerin biz olduğumuzu söyledik.... Mahalli mezkûrda çalıştığımızın dokuzuncu haftasında aletlerimizi serian toplayıp mektebe avdet etmeğimizi hastane sertabibi Raşid paşa benimle Esad Feyziye emretti, ve sözünü bitirirken bir daha her ne vesile ile olursa olsun buralara uğramam-klığımızı da tekiden tenbih eyledi. Mektebe avdetimizde on beşer gün mevkuf kaldık; ve badehu on beşer lira ihsan alarak tahliye olunduk.

Mektebde mevkuf iken ifademizi aldılar. Tamiki meseleye sebep.... Salih beyin hastane sertabibine « Ben bulunmazsam makineyi tutuşturup patlatırlar.» demesidir. Halbuki makinede tutuşacak pathyacak bir şey yoktur. Muhtelif cam kablardan müşekkel bir manzumei elektrikiye ile cıvalı bir aleti mutakatta ve bir de (Rumkorf) veşiası. (Akılsız dost akıllı düşmandan daha muzurdur.) denilmesi işte budur. Hiç yıldız sarayı civarında «filân şey patlar» denilir mi? Cemil paşa olmasaydı hizmet yüzünden istakbalimizden olacak idik.

Meğer hastane sertabibi Raşid paşa Salih beyin hiç bir müsaadeye iktiran etmeden devam ettiğini anlar. Salih beyde [sözünün neticesini düşünmiyerek Raşid paşaya «Ben bunların mektebinde muallimleriyim ve mütehassıs benim, ben olmadan bunlar bir şey yapamazlar ve makineyi tutuşturup patlatırlar.» demesi üzerine Raşid paşa da meseleyi tamik ile Salih beyin mektebde emrazi dahiliye muallim muavini olduğunu ve Röntgen şuaı şubesile bir alâkası (olmadığını) anlayıp ikinci fırka kumandanı Şevket paşaya jurnal etmekle biz de hastaneden mektebimize iade olunduk. Bilâhare Cemil paş hakikati arz ile bizi bir felâketten tahlis ve on beşer lira ihsan ile tesirimize gayret eylmişdir....)

Şimdi bu beyanatı tahlil edelim. Üniversitemizin Rektörü bay profesör Cemil Bilselin Radyoloji enstitüsünün küşadında (Cihan tıp tarihinde harp yaralılarında kurşunu Röntgen cihazile ilk tesbit eden Türklerdir) dediği gibi dünyada ilk defa yaralılar üzerinde Röntgen teşhisini kullanan iki Türk tıp talebesidir. Gerek Rifat Osman ve gerek Es'ad Feyzinin isimlerini ayrı ayrı ve birbirinden farklı olmayarak zikretmek lâzımdır. Mühim nokta Rifat Osmanın evvel veya Es'at Feyzinin daha evvel bu işin tatbikatına geçmesi değildir. Asıl mühim nokta bu iki arkadaşın birden bu işe başlamış bulunmasıdır. Rifat Osmanın defteri hatıratı da bunu bize açık bir surette bildiriyor. Op. Prof. gen. Cemil (paşa) ya yazılan kâğıtdaki çift imza da bunun şahididir. Fakat Laboratuvarındaki bu kroks borularından istifadeyi ilk düşünenlerden biri olarak gerek operatör gen. Cemil ve gerek merhum Prof. Dr. Raşid Tahsin, Rifat Osmanı göstermektedirler. Operatör gen. Cemil Rifat Osmanın esas kendi kliniğinde çalıştığını beyan etmiştir.

Rifat Osman bu krokis borularile ilk tecrübeyi mekteb muallimi Antranik paşanın müsaadesile Es'ad Feyzi ile beraber yapmıştır. Esasen Rifat Osman tabbiyelilerin eski teşbihleri gibi amatör gibi hocasının yanında çalışmıştır.

Bu işe ilk evvelâ Es'ad Feyziyi teşvik eden de Rifat Osman oluyor. Radyoloji tarihinde bunun zikredilmesi icabeder. Rifat Osmanın hatıratındaki izahat bunun teferruatını zikretmektedir. Bu cihetin doğruluğuna hüküm vermek lâzımdır. Zira Rifat Osman hatıratında vukuatı hakikatten ayrılmıyarak yazmıştır. Alet hastanede resmi yollardan geçtikten sonra faaliyete başlamış ve Prof. general Besim Ömer 1315 senesi Nevsali afiyetinde de Boyabadlı Mehmedin aletle beraber resmi(1) ve bir de elinin radyoğrafisi konmuştur. (2)

Yine aynı sene Nevsali afiyette de (s. 223 - 234) mektebi tabbiye hikmet tabiiye muallim muavini Es'at Feyzinin (Röntgen Şuaatının sureti istihsali, havassı, mahiyeti ve tatbikatı tabbiyesi) namı altında münteşir bir makalesi vardır ki bu zatın bizde hakikaten Rifat Osman gibi ilk defa Röntgenle meşgul olduğuna bir misaldir. Doktor Es'ad Feyzi genç yaşında yüzünde çıkan bir çıbanın erizipel ihtilâtı neticesi ölmüştür. Rifat Osman 1933 de Röntgenci olarak ve daha çalışacağı ve olgun bir yaşta ölmüştür. Es'at Feyzinin genç yaşında ölümü çok acıklıdır.

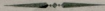
Doktor Rifat Osmanın Röntgen cihazının o zaman sümmettedirlik yapılan montajı kendi ifadesine çok uygundur. Bilâhare

bu Röntgen montajı meselesinde iki arkadaş arasında bir anlaşamamazlık olmuştur. Rifat Osmanın noktai nazarlarına vakıfız, Es'at Feyzinin noktai nazarını öğrenmek kabil olamayacaktır.

Bu iki arkadaşın Röntgen cihazı ile meşgul olurken bununla alâkası şimdiye kadar gözükmeyen üçüncü bir zata tesadüf ediyoruz. Salih bey de bizde ilk Röntgen tatbikatile alâkadar olmak istemiştir. Bu zatın hikmet dersine olan alâkasının derecesini o zaman Salih beyin talebesinden olan bu iki zattan biri meydana koyuyor. Salih bey de saikai merak ile Röntgen tatbikatile alâkadar olmuştur. Rifat Osmanın buradaki noktai nazarına diğer zatların da mukabil iddialarının ne olduğu bilinmediği için bir şey ilâve etmek doğru değildir. Yalnız bizde ilk Röntgen tatbikatı tarihçesinde bu iddialar da bir mevki almalıdır. Bu iki gencin muvaffakiyetle çalışmaları Alman Salibi Ahmer heyeti reisi Doktor Kotnerin nazarı dikkatini ve takdirini celbetmiştir. Rifat Osmanın hatıralarına göre bu zatın Röntgen mütahassısı olduğu yazılmıştır.

Ta bidayette bunu sen yaptın ben yaptım gibi ve yapacağım gibi bir takım geçimsizlikler bu iki genç talebeyi felâkete sürükler bir vaziyet almış ve bir müdahale ile bu fennî maceranın ilk safhası zamanın haleti ruhiyesini gösterir bir tarzda kapanmıştır.

Rifat Osmanın hatıralarının tetkiki bizde Röntgen tarihinde bir çok karanlık noktaları aydınlatacak mahiyettedir.



## ŞÜUN

### Union thérapeutique

1934 de tesis edilen beynelmilel teşekkülün 1938 senesi 12 Teşrinievvelinde olacak umumî toplantısı programı.

Ünyon terapötiğın senelik toplantısı gelecek 12 teşrinievvelde saat 9,30 da Paris Tıb Fakültesinde Prof. Loeper'in reyaseti altında toplanarak atıdeki mesail raportörler tarafından mevzuu bahsolacaktır.

- Prof. *Dautreband* (Liège) L'oxigénothérapie,  
Prof. *Singer* (Vienne) La Prothéinothérapie du Diabète  
Prof. *Hernando* (Madrid) Vitaminothérapie dans les maladies de l'appareil digestif.  
Prof. *Burgi* (Berne) Chlorophylle et lésions cutanées.  
Prof. Agrégé *Henri Benard* et M. le Dr. *Sallet* (Paris): Les injections intra-veineuses continues en thérapeutique.

Öğleden sonra:

Paris Tedavi Cemiyeti ve Ünyonu mutad celsesine saat 15 de tekrar başlayacaktır. Mevzu, tedavide kükürttür. Raportörler:

- Prof. *Burgi* (Berne) : Les combinaisons du soufre en thérapeutique.  
Prof. *Knud Schroeder* (Copenhague): Le soufre, modificateur des maladies infectieuses.  
Prof. *Leon Binet* (Paris) : Le rôle du soufre dans la vie des tissus.  
Prof. *Campanacci* (Parme) : Le soufre, médicament des arthropathies.  
Dr. *Louis Bory* (Paris) : Le Soufre et la peau.

Bu ünyon terapötiğe kaydolmak istiyenler şu adrese müracaat etmelidirler.

Mr. Le Dr. G. Leven

24, rue de Téhéran

Paris VIII

Türkçe mekalelerin müellifleri

AKİL MUATAR ÖZDEN . . . . .	Yaprak : 3, 30, 31, 32, 33, 35, 53, 77, 84,
	» 103, 123, 136, 137, 138, 150, 153
A. SÜHEYL ÜNVER . . . . .	» 36, 93, 143, 190
ESAT RAŞİT TUksAVUL . . . . .	» 72, 112, 163
F. NAFİZ UZLUK . . . . .	» 117
H. DİKER . . . . .	» 72, 163
İBNİ SİNA . . . . .	» 39
KEMAL HÜSEYİN . . . . .	» 109
METİNE BELGER . . . . .	» 140, 141, 185, 186, 187, 189
NECMEDDİN RİFAT YARAR . . . . .	» 13, 52
P. MUHLENS . . . . .	» 117
REŞAD SAMİ GARAN . . . . .	» 176
SEAD TAVAT . . . . .	» 91, 92
S. SAVECİ . . . . .	» 21

Table des auteurs des articles en français

AKİL MUHTAR ÖZDEN . . . . .	Pages: 63, 80, 105, 133, 160
A. SÜHEYL ÜNVER . . . . .	» 93, 147
AVICENNE . . . . .	» 94
ESAT RAŞİT TUksAVUL . . . . .	» 74, 114, 171
H. DİKER . . . . .	» 74, 171
NECMEDDİN RİFAT YARAR . . . . .	» 16
RÉCHAT SAMİ GARAN . . . . .	» 180
S. SAVECİ . . . . .	» 26



# Türkçe makalelerin fihristi

## A

	Yaprak
Afyon, morfin ve heroin manileri . . . . .	3
Appandiculaire (Périduodénite d'origine. . . . .	80
Angine pectoris in elektrokardiografik teşhisinde zorlama tecrübesi . . . . .	91
Anterokolit vak'ası (Sıkıttan sonra bir — . . . . .	108
André Naville. . . . .	150

## B

Barbitürüklerle zehirlenmeler ve tedavileri . . . . .	38
B. vitamini ihtiyacı (Ekmek ve — . . . . .	90
Benzidine sulfatı in tabii ve asabi eşhastada yorgunluk ve hümör üzerine tesiri . . . . .	137

## C

Cıva ile tesemmüm (Hassasiyeti fazla bir kadında — . . . . .	18
Carbon Bioxyd vasıtasile histamin inaktivasyonu . . . . .	176

## D

Derifillin in metabolismaya tesiri . . . . .	21
Dimagi gliomatosis vak'ası (Bir — . . . . .	72
(Deriphyline) nin tesir mekanizması hakkında . . . . .	84
ile zehirlenme vak'ası (Bir — . . . . .	112
Discus intervertebralis ecchondrosis'inden ileri gelen nuha sıkışmaları hakkında . . . . .	165

## E

Epilepsinin cerrahi tedavisi. . . . .	137
Ekmek ve B vitamini ihtiyacı . . . . .	90

## F

Fakrüddemi vak'ası (Bir tahhal — . . . . .	77
--	----

## G

Gliomatosis vak'ası (Bir dimaği . . . . .	74
Gliom, ameliyat ve şifa (sağ nısıf kürei dimağiyede kistik — . . . . .	138

## H

Heroin manileri (afyon, morfin ve- . . . . .	3
Hipofiser Haşeksi. . . . .	29
Hand hastalığı . . . . .	31

Histamin şırıngalarile Zona ağrılarının tedavisi. . . . .	136
Heroin ve morphin tesemmümü vak'alarının tedavisinde İnsulin . . . . .	136
Hemanjiomu (karaciğer- . . . . .	153
Histamin inaktivasyonu (barbon Bioxyd vasitasile- . . . . .	176
Histeri hakkında bugünkü bilgilerimiz . . . . .	185
Histeri meselesinin vaziyeti hakkında. . . . .	186
Hysterique mekanizma ve tedavisi hakkında (Mutisme . . . . .	187
Hipertansiyon (Splanchnectomie ile tedavi) (Şiryani- . . . . .	188

## İ

İbni Sina (Hekim- . . . . .	53
İdrar tutukluklarında asabi ve psişik sebebler dolayısile Pilocarpin istimali . . . . .	136
İnsulin şokuyla Sitofobinin tedavisi . . . . .	136

## K

Kaşeksi (Hipofiser — . . . . .	29
Kan alınacak damarlar risalesi (İbni Sinanın — . . . . .	36
Kalevilerin safra ifrazı üzerindeki tesirleri . . . . .	128
Karaciğer hastalıklarında Sodyum İposülfid . . . . .	138
Kükürt ve tiofenin kronik romatizmada kullanılışı. . . . .	138

## M

Morfin ve heroin manileri (Atyon, — . . . . .	3
Malarya ile tedavi istatistiği (10 senelik — . . . . .	32
Morfin ve heroin tesemmümü vak'alarının tedavisinde İnsuline. . . . .	136

## N

Nuha sıkışmaları hakkında (Discus intervertebralis ecchondrosis'inden ileri gelen — . . . . .	163
---	-----

## P

Périduodénite d'origine appendiculaire . . . . .	30
pankreatit arasındaki münasebet (safra yolları hastalıkları ile — . . . . .	91
Plazmodium ovale (Stephens) hakkında . . . . .	117
Pilocarpin : asabi ve psişik sebeblerden ileri gelen idrar tutukluklarında istimali . . . . .	136

## R

Romatizmada (kronik) kükürt ve tiofenin kullanılışı . . . . .	138
Radyolojinin başlangıcı (Dr. Rifat Osmana göre bizde- . . . . .	190

**S**

	Yaprak
Simmouds (Syndrome de- . . . . .	29
Sar'a vak'ası (ameliye ile iyi edilmiş bir vahim . . . . .	31
Safra yolları hastalıkları ile pankreatit arasındaki münasebet . . . . .	91
Sıkkattan sonra bir anteroktid vak'ası . . . . .	103
Safra ifrazı üzerindeki tesirleri (kalevilerin- . . . . .	128
Sitofobinin İnsulin şokuyla tedavisi . . . . .	136
Sodyum iposülfirin karaciğer hastalıklarında kullanılışı . . . . .	188
Sanatoryom (asri rejim tedavisinde ve hastanın ruhi tedavisinde- . . . . .	140

**Ş**

Şizofreninin kükürtlü pirotejen ve altın mürekkeble tedavisi . . . . .	187
--	-----

**T**

tesemmüm (Hassasiyeti fazla bir kadında cıva ile — . . . . .	13
(barbitürüklerle — ve tedavileri — . . . . .	33
Tahhal fakrüdemi vak'ası . . . . .	77
Tularemî insanlara nasıl geçiyor (Memleketimizde — . . . . .	109
Tesemmüm vak'ası (Bir deriphyllin ile — . . . . .	112
türkçe takrir üzerine kısa bir mülâhaza (orta zamanda . . . . .	142
tesemmüm (Morfin ve heroin — ü vak'alarının tedavisinde İnsulin . . . . .	136
tiofenin (ve kükürt kronik romatizmada kullanılışı . . . . .	138
Tüberküloz peritonitten ölmüş ve miyeloid reaksiyon göstermiş bir hastada karaciğer' hémanjiyonu . . . . .	158
Tüberkülozu (asabi merkezlerin — . . . . .	182

**U**

Union thérapeutique. . . . .	197
------------------------------	-----

**Z**

Ziya Nuri (Profesör Dr.— . . . . .	51
Zona ağrılarının histamin şırıngaları ile tedavisi . . . . .	136

## Table des articles en français

	Page
<b>A</b>	
Avicenne médecin . . . . .	63
Anémie splénique (Un cas d'— . . . . .)	80
Article d'Avicenne sur les vaisseaux employés pour la saignée . . . . .	93
Alcalins sur la sécrétion biliaire (l'action des— . . . . .)	133
<b>B</b>	
Bioxyde de carbone (Inactivation de l'Histamin par le— . . . . .)	180
<b>D</b>	
Deriphylline sur le métabolisme basal (l'action de la— . . . . .)	26
Deriphylline (Un cas d'intoxication par la— . . . . .)	114
<b>E</b>	
Entérocolite après avortement (Sur un cas d'— . . . . .)	105
<b>G</b>	
Gliomatose cérébrale (Un cas de— . . . . .)	74
<b>H</b>	
Hémangiome du foie chez une personne morte de péritonite tuberculeuse et qui avait présenté la réaction myéloïde de la rate (Un cas d'— . . . . .)	160
Histamine par le bioxyde de carbone (Inactivation de l'— . . . . .)	180
<b>I</b>	
Intoxication par la dériphylline (Un cas d'— . . . . .)	114
<b>L</b>	
Leçons en turc moyen-âge (Les— . . . . .)	147
<b>M</b>	
Médullaire provoquée par l'ecchondrosis du disque intervertébral (A propos de la compression . . . . .)	171
<b>N</b>	
Néphrose hydrargirique chez une personne hypersensible (Sur un cas de . . . . .)	16
<b>S</b>	
Sécrétion biliaire (L'action des alcalins sur la— . . . . .)	133
<b>T</b>	
Turc au moyen-âge (les leçons en— . . . . .)	147
Tuberculeuse et qui avait présenté la réaction myéloïde de la rate (Un cas d'Hémangiome du foie chez une personne morte de péritonite— . . . . .)	160
<b>V</b>	
Vaisseaux employés pour la saignée (l'article d'Avicenne . . . . .)	94

# Digilanid

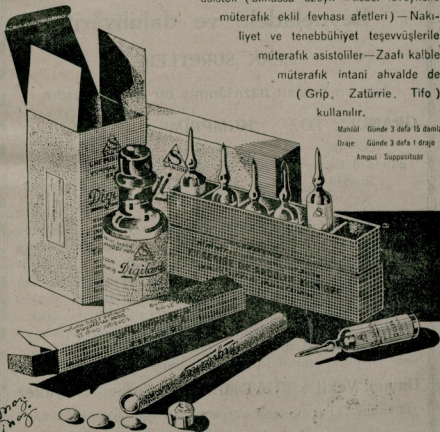


(Digitalis lanata nın A+B+C glükozidlerinin  
mübeller şekildeki hey'eti mecmuasıdır)

Digilanid bir mukavvii kalb ve müdrirdir

Hâd kalb ademi kifayeleri — Üzimai rie — Her  
nevi sebebe merbut ademi kifayei kalb ve  
asistoli (bilhassa üzeyn irtıacı luveyfisile  
müterafık eklii fevhası afetleri) — Nakı-  
liyet ve tenebbühiyet teşevvüşleriyle  
müterafık asistoliler — Zaafı kalble  
müterafık intanı ahvalde de  
(Grip, Zatürrie, Tifo)  
kullanılır.

Mahîüt Günde 3 defa 15 damla  
Draje Günde 3 defa 1 draje  
Ampul Supposituar



Sandoz

TÜRKİYE VEKİLİ: FUAT MEHMET, ECZACI-KİMYAGER İSTANBUL P. K. 560



KALSI-TERAPİDE EN BÜYÜK TERAKKİ

# CALCIUM-SANDOZ

MİDE TARİKİ

Beyneladele ve dahiliverit

ZERK SURETLERİ

İçin en müsait hazırlanmış bir müstahzardır

**GRANÜLE TOZ**

şekersiz  
günde 3 kahve  
kaşığı

**KOMPRİME**

mükemmel  
lezzetde  
günde 4-6

**AMPUL**

5-10 (s. m.<sup>9</sup>)  
ampul halinde  
günde ve ya 2-3  
günde bir

*İSTITBAP*: Kalsi-Terapideki en son yenilikleri temine muktedir, saf glukoniyeti kalsium müstahzardır. Süratle kabili temessül ve bila veca ve ariza dahili adele ve verit kabili zerktir. Umumî Kils ziyayı vakalarında (hamil, raşitizm überkülos, kırıklar ve saire...), spasmodik; diyatesik afetler. İltihabi tezahürlerde (zatürrie, anjin, zatülcep ve saire... cümlei asabiye bozukluklarında, migren, astm, ürtiker ve saire...) Dermatos, muhtelif, hemorajilerde (epistaksis, hemotisi, purpura) emofilide, şoklara karşı fevkal'ade müessirdir

**Umumî Vekili: FUAT MEHMET Eczacı-Kimyaker**

İstanbul, Yeni postane karşısında Küçük Kınacıyan han

Posta kutusu: İstanbul 560

Yerli tıbbi müstahzarlar lâboratuvarı  
ECZACI. KIMYAGER HULKİ İSMAİL, İstanbul

# Purinol Effervescent

Urotropine, Helmitol, piperazine, lysidine,  
carbonate de lithine  
Feveranlı granüledir

Böbrek, mesane ve safra yolları ve bunlara merbut ahlata  
dahiliye afatında muzaddi intan, hamızı bevin  
Muhallili, nikris, şiryân tasallübü ve  
müzmin rumatizmada igtida  
nazımıdır.

Günde 2-4 kahve kaşığı

—  
TABLETTES

de

# CHLOROPEPSINE

Her tablette { 0,10 hamızı klorma  
0,10 pepsine

Hamızı klorma ve pepsini titre edilmiş ve proteolitik  
kudretleri ölçülmüş, sabit bir müstahzardır.

Hamız noksanından mütevellit  
mide rahatsızlıklarında

Günde 2 - 3 komprime

# SALİNATROL

Effervescent

**Rumatizmanın dahilen kullanılan müessir ilâcı, Salisilat dö sudun içilmesi kolaylaştırılmış şeklidir.**

Efervessan olması ve kalevisi fazla bulunması dolayısıyla mideyi bozmaz ve gasiyan tevlit etmez.

Her kaşığı feverandan sonra 1 gram salisilat ve 2,5 gram bikarbonata tevafuk eder.

**Prospektüs ve nümune için : H. Rifat ve M. Şahin  
Müstahzarat Şirketi-Gala, Havra sokak**

# İodogène Halil

( Peptone iodée idéale )

( İodogène Halil ) in Avrupa mümasillerinden daha üstün ve daha güzel vasıflara malik olup olmadığı tedkik ve takdir edilebilmek için numunelerimiz sayın hekimlerimizin emirlerine derhal gönderilir.

Kullanıldığı hastalıklar : ( Artério sclérose-Angine de poitrine-Maladie du coeur et des vaisseaux-Emphysème Bronchitechronique-Rhumatisme ). ve. s. ve. s.

İodogène lâboratuvarı, Saraçane başı, İstanbul



# IODOPEPTON KÂZIM

**Denenmiş:**

En iyi uzvi IODE müstahzarı

esaslı bir çalışma verimi

iodun peptonla tamamen birleştirilmiş titre solüsyonu  
olarak tıp alanında tanınan

## IODOPEPTON KÂZIM

Sayın B. Doktorlarımızdan kazandığı itimada  
teşekkür eder.

**Nümune için:**

Arzu edilen IODOPEPTON KÂZIM derhal gönderilir

Mehmet Kâzım Eczanesi Laboratuvarı, Bahçekapı 33

**TONIQUE ET SEDATIF DU SYSTÈME  
CARDIO - VASCULAIRE**

## **SEDOCARDINE**

24 CACHETS

Theobromine et Sodium Salicylate. . . . .	0,50
Phenylethyl Malonylurée Veritable . . . . .	0,02
Papaverine Chl. . . . .	0,02

1 Kaşe için

Hypertension dan doğan vici cümlenin teşevvüfü, angine de poitrine Hyperten-  
sion, böbrek ve idrar yolları hastalıkları. Lüzum görülen diğer durumlarda.

**R. ZIYA DİLEMRE**

Mehmet Kâzım Eczanesi Laboratuvarı, Bahçekapı 33

ESKİ  
ALEMDAR SIHHAT YURDU  
YENİ  
ALEMDAR SIHHAT EVİ

Dr. Operatör Süleyman Mehmet Tezer'in idaresi altında  
açılan

—≡ ALEMDAR SIHHAT EVİ ≡—

Bilumum Cerrahi, Dahili, Nisai, ve asabi hastaları kabul  
eder ve en büyük kolaylıkları gösterir ve hastaların iste-  
dikleri mütehasıs doktorlara tedavi ettirir.

**(Yatak ücretleri 2 liradan başlar)**

*Bütün doktorların  
fiziyojik olarak tagavvutu tanzim  
eden ve tamamen nebatî bir ilaç olan*

# **NORMACOL** Schering

*müstahzarının ithalinden malumattar  
olmaları rica olunur.*

**YAĞSIZ / PARAFİNSİZ**  
*onun için bunların nâhoş  
talî tesirleri yoktur.*



Bir müzmin kabızlık vak'asının vasfî şekildeki maddeli gaitası. Madde gaita sert, kuru ve kesif.



Aynı hastanın maddeli gaitası Normacol aldıktan sonra. Madde gaita Normacol daneciklerinin (beyaz) şişmesi ile yumuşamıştır. Madde gaita yumuşak ve hacimlidir.

## **Müzmin kabızlık**

ekseriya gıdanın bağırsakta az posa vermesindedir. Bu sebeble bağırsağın peristaltik harekâtı için icabeden tabii tenbih mevcut değildir. Bu hakikatın bilinmesidirki Normacol'ü meydana çıkarmıştır. Bu fiziyojik şekilde normal tagavvut refleksini husule getirir. Draje şeklinde olan Normacol — danecikleri Hindistanda çıkan ve fevkalâde kabarma kabiliyetini haiz bir nebat maddeyi havidir. Bunlar bağırsak muhteviyatı ile karışır, onu yumuşatır ve muhacem yumuşak maddeli gaita kitlesi husule getirir. Normacol zararsızdır, tahriş etmez ve amel yapmaz.

**SCHERING A.G. BERLIN**

Türkiye için satış yeri:

**KIMYA VE ECZA MADDELERİ, Türk Limited Şirketi**  
İSTANBUL, yeni Postane arkası İmar han kat 2. P. K. 760

# Betaxin

Antinevritique B<sub>1</sub> vitamini

Güvercin üniterile standardlaştırılmıştır

Muhtelif sebeplerden ileri gelen sinir iltihapları ve sinir ağrılarının kökünden tedavisi için. Habis anemide sinir bozukluklarına müsait tesir için

Deri altına veya adaleye zerk suretile.

Betaxin 'in syntétique ihzarı, fiyatının mühim miktarda ucuzlaştırılmasını icap ettiğinden bu müstahzarın geniş mikyasta kullanılması mümkün olmaktadır.

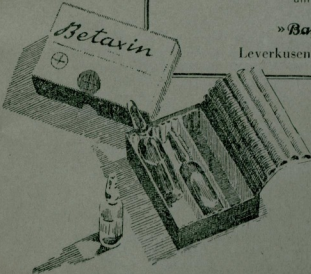
Günlük dozlar : 1 — 2 ampul  
(500 — 1000 beynelmil el ünite)

Original şekil:

Kutu : 3 ampul × 1 cm<sup>3</sup> (500 beynelmil el ünite)

»Bayer«

Leverkusen (Almanya)



*Elli Yıldanberi*

1888 BAYER 1938



İLÂÇLARI



**Dergi senede dört nusha çıkar**

Birinci numaradan ancak koleksiyon tedarik edecekler için vardır.  
Diğer numaralar perakende ve cilt halinde de mevcuttur.

**SENELİK ABONASI:** İstanbul ve vilayetler için 2 Lira  
» » : Ecnebi memleketlere 2,5 Liradır

**ADRES :**

**AKİL MUHTAR ÖZDEN**  
22, Peykhane caddesi  
İstanbul

**Fiati 50 Kuruş**